SUR LA PATHOGÉNIE

DE

L'ÉLÉPHANTIASIS

ET DE

QUELQUES ÉTATS ÉLÉPHANTIASIQUES

PAR

Le Dr Athanase FOLLET

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS
ANCIEN INTERNE LAURÉAT DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES
(MÉDAILLES D'ARGENT 1887-88-89)
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

1 26

INTRODUCTION

Des conceptions pathogéniques nouvelles sont nées de la bactériologie. La clinique et l'anatomie pathologique seules, impuissantes à interpréter l'enchaînement des phénomènes, ont trouvé dans cette science leur complément nécessaire. Aussi, la réserve est-elle de rigueur, lorsque dans une analyse pathogénique, l'on veut utiliser les documents anciens, les comparant aux documents nouveaux : les faits sont immuables, mais les observateurs se succèdent, et leurs interprétations reflètent leurs doctrines.

L'éléphantiasis des Arabes, au début du siècle, constituait une entité morbide. Les travaux d'Alard et de Bouillaud (1826-30) démembrèrent ce groupe artificiel en éléphantiasis lymphatique et en éléphantiasis veineux. — M. Besnier (1878), élargissant plus tard le débat, montra qu'il n'y a pas « un » éléphantiasis, mais « des états éléphantiasiques ». Ceux-ci relèvent de facteurs différents, et il appartient à la bactériologie de préciser leur genèse, en contribuant à déterminer les rôles respectifs du parasitisme et des causes mécaniques. Cette étude n'est encore qu'ébauchée.

La parasitologie des éléphantiasis n'est pas de date ancienne. La filariose a d'abord captivé l'attention générale ; mais ceux qui la découvrirent, sont passibles du reproche d'avoir négligé l'étude des autres causes possibles de ces états pathologiques, dont ils la rendaient responsable. — La streptococcie cutanée a fait récemment l'objet de quelques recherches ; elle explique nombre de cas d'éléphantiasis ; mais les lymphangiectasies, les lymphangites chroniques, l'éléphantiasis congénital, quant à leur pathogénie, sont encore lettre morte.

Nous n'avons aucune prétention à trancher des questions controversées. Par le groupement d'un certain nombre d'ob-

servations choisies, nous avons simplement voulu isoler quelques variétés d'états éléphantiasiques. Mais à chaque pas, rencontrant des lacunes, nous les avons signalées sans pouvoir les combler.

Le terme d' « éléphantiasis » est aujourd'hui synonyme de fibrose hypertrophique de la peau et des plans sous-jacents, consécutive à tout œdème prolongé, lymphatique ou veineux ; nous y ajouterons l'œdème d'origine vaso-motrice. Les états éléphantiasiques au cours d'affections viscérales (1) (cœur, reins) ne nous occuperont pas. Nous bornerons notre étude pathogénique aux éléphantiasis qu'engendre l'œdème lymphatique (streptococcie, lymphangiectasies, filariose ?) ; à l'éléphantiasis veineux d'origine phlébitique ; à l'éléphantiasis angioneurotique, et à l'éléphantiasis congénital.

L'origine lymphatique de l'éléphantiasis dit « des Arabes » est généralement admise. Mais cette appellation n'a pas de sens plus précis, et n'implique nullement l'idée d'une cause unique, spécifique. Il n'est pas possible, en effet, de par l'anatomie pathologique, ni la clinique, d'établir de distinction entre cette affection, et l'éléphantiasis streptococcique d'une part, les lymphangiectasies éléphantiasiques, d'autre part, celles-ci d'origine encore mal déterminée (filarienne, microbienne, ou purement mécanique). L'éléphantiasis « des Arabes » semble être tantôt l'un, tantôt l'autre de ces deux états morbides.

Sous le nom de « pseudo-éléphantiasis névropathique » existent, épars dans les auteurs, quelques faits qui confinent à la fois aux œdèmes angio-neurotiques aigus et chroniques, et aux pseudo-lipomes de M. le professeur Potain. Ils rappellent à première vue l'éléphantiasis classique. Les réunissant à deux observations personnelles, nous nous sommes efforcé d'en saisir et d'en exposer la pathogénie.

A l'éléphantiasis congénital nous consacrons notre dernier chapitre. Les observations qui s'y rapportent ont été pour la plupart publiées à l'étranger. Leur lecture nous a convaincu que cette unique dénomination réunit les faits les plus dispa-

(1) Hutchinson, De certaines formes rares d'œdème dur des jambes, *Lancet*, 1876. — Cuffer, Néphrite interstitielle et ses conséquences, *France méd.*, 1878, n° 50.

rates : lipomatoses gigantesques, tumeurs télangiectasiques sanguines et lymphatiques, œdèmes lymphatiques, œdèmes vaso-moteurs héréditaires, neurofibromes, fibromatose cutanée diffuse, etc., sont tour à tour décrits comme éléphantiasis congénitaux. Il convient de réduire ce cadre trop vaste, d'appeler les choses par leur nom, de donner, comme le dit M. le Dr Besnier, « l'exemple d'une sévérité terminologique » nécessaire, et de rechercher si l'existence de l'éléphantiasis congénital est réelle, si cette affection comporte des formes cliniques variées. Nous l'avons tenté.

Nous sommes heureux, nos études achevées, de nous conformer à l'usage, en exprimant à ceux qui nous portèrent intérêt, les sentiments qui nous animent.

M. le Dr Delacour, directeur de l'École de Rennes, notre cher et premier maître, n'a cessé de nous prodiguer les marques de sa paternelle sollicitude ; nous lui rappelons notre entière affection.

MM. les professeurs Aubrée, Dayot père, Regnault, Perret, Bruté, Lefeuvre, Bellamy, Louveau, Perrin de la Touche, Lhuissier, Bertheux, Dayot fils et Deschamps, guidèrent nos débuts, et nous firent aimer la médecine. Ils savent notre gratitude et notre cordial attachement.

A Paris, pendant nos années d'externat et d'internat, le captivant contact de nos maîtres et leurs entretiens journaliers au lit du malade, formèrent le meilleur de notre instruction.

En clinique infantile, MM. les Drs Jules Simon (Enfants-Malades) et Comby (Trousseau), nous apprirent à manier « l'enfant » et à saisir les indications d'une thérapeutique délicate. MM. les Drs de St-Germain (Enfants-Malades) et Kirmisson (Enfants-Assistés) nous initièrent à l'orthopédie sanglante et non sanglante.

En médecine générale, M. le Dr Gingeot (Laennec) nous montra combien vaut le sens clinique joint à la persévérance et à l'ingéniosité dans l'action thérapeutique. MM. les Drs A. Petit (Laennec) et Thoinot (Ste-Périne) dont nous fûmes l'élève se montrèrent pleins d'affabilité à notre égard.

Notre passage à l'hôpital St-Louis nous laissera des souvenirs vivaces. M. le Dr Besnier, mettant à notre disposition

les richesses de son service, nous accorda le grand honneur d'être son interne ; nous regrettons beaucoup que les circonstances ne nous permettent pas de terminer près de lui une année si bien commencée. A son assistant, M. le Dr Darier, qui facilita notre tâche, et nous tint si souvent sous le charme de ses familières et savantes causeries, nous adressons nos remerciements sincères.

M. le Dr Quénu, en des heures pénibles, fut pour nous serviable et bon ; nous ne l'oublierons jamais. Appelé, comme interne, à le seconder, dans son beau service de l'hôpital Cochin, nous avons pu pendant une année, trop courte à notre gré, profiter de sa science et nous pénétrer de cette impeccable technique opératoire, qu'il perfectionne sans cesse. M. le Dr Sébileau, son assistant, nous permit une large initiative; qu'il reçoive le témoignage de notre respectueuse sympathie.

Deux mois passés à la clinique Baudelocque, et l'enseignement de M. le professeur Pinard, nous furent des plus fructueux.

Nous eûmes la bonne fortune d'étudier la bactériologie à l'Institut Pasteur, sous la direction de MM. Roux et Metchnikoff. Nous leur adressons notre modeste tribut d'admiration. Nous ne saurions omettre les noms de M. le Dr Gombault qui nous apprit l'anatomie pathologique, de MM. les Drs Poirier, Jalaguier et Ricard, nos maîtres à des titres divers, et de M. Latteux qui mit amicalement à notre disposition ses conseils et son laboratoire.

Nous remercions de son charmant accueil M. le Dr Gaucher, qui nous fournit une des observations de ce travail.

M. le professeur Fournier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse : nous lui en exprimons ici notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie de l'éléphantiasis.

§ 1. — Éléphantiasis et streptococcie de la peau.

Lorsque l'infection de la peau par le streptocoque (érysipèle ou lymphangite) affecte la forme récidivante, la forme chronique (1), elle détermine dans les régions atteintes une hypertrophie définitive, qui s'accentue à chaque poussée nouvelle, et n'est autre cliniquement et histologiquement que l'éléphantiasis « des Arabes ». Ces attaques successives, si rapprochées parfois que le sujet n'est en état normal qu'à de rares intervalles, ces crises éléphantiasiques, dues à la repullulation sur place du streptocoque (2), sont presque toujours atténuées : les symptômes généraux durent quelques heures, et la plaque inflammatoire s'efface rapidement. « On sait que ces infections locales, suppuratives ou non, loin de vacciner l'organisme par une première atteinte, récidivent *in situ*, formant ainsi un des chapitres les plus intéressants du microbisme latent et de ses conséquences (3) ».

S'agit-il d'une série indéfinie de réinfections locales par le streptocoque ? En faveur de cette hypothèse, nous rappellerons la fréquence de l'éléphantiasis, chez les vagabonds aux membres mal protégés, chez les gens malpropres porteurs de phthiriases prurigineuses, inaccoutumés aux soins corporels et dont la peau présente de multiples excoriations.

Devons-nous invoquer le microbisme latent ? Deux mécanismes en ce cas sont possibles :

Ou bien, la virulence des microbes qui sommeillent au sein

(1) Achalme. *Le streptocoque de l'érysipèle*, th. Paris, 1891.

(2) Sabouraud. Parasitologie de l'éléphantiasis nostras. *Annal. dermat.*, 1892, p. 592.

(3) Letulle. *Pus et suppuration*, Paris, 1895.

de la masse éléphantiasique ou dans son voisinage, subit une exaltation périodique ; — ou bien, des streptocoques devenus soudainement virulents, sont apportés d'une région lointaine par la circulation lymphatique.

La première de ces interprétations peut s'appliquer aux éléphantiasis qui siègent à la tête, et au visage en particulier, dans la zone des orifices lacrymal, nasal et buccal. On conçoit fort bien que les streptocoques, qui normalement habitent la bouche (1), en qualité d'hôtes inoffensifs, récupèrent leur virulence sous une influence analogue à celles que l'expérimentation a réalisées (2), et envahissent la face.

Il est moins facile de comprendre les poussées éléphantiasiques des membres. Achalme (3) admet que le malade porte en lui, dans la profondeur des tissus précédemment atteints, le streptocoque qui va l'envahir ; que le microbe, dont les produits de sécrétion, toxiques pour lui-même, sont rapidement entraînés, résiste fréquemment à la réaction phagocytaire qui tend à le détruire ; il s'accumulerait dans les lymphatiques, son dernier refuge : « Dans un point, qui était le départ d'érysipèles à répétition, et dont le dernier remontait à 2 mois, nous avons trouvé les vaisseaux lymphatiques de toute l'épaisseur du derme, complètement obturés par des bouchons de streptocoques, sans que l'on puisse constater la présence d'un seul leucocyte, ni dans le lymphatique, ni autour de lui ». De là, chaque fois que l'organisme lui offrirait un milieu de culture favorable, chaque fois que s'exalterait sa virulence, la colonie microbienne réagirait par une poussée inflammatoire.

M. Widal (4) ne partage pas cette opinion ; il estime que dans ces conditions la phagocytose doit détruire les microbes, et reconnaît l'absence d'hypothèse satisfaisante : « Il faut se rappeler, nous dit-il, que le streptocoque peut venir d'un point relativement éloigné, et traverser une grande étendue de

(1) Netter. *Soc. Biol.*, 1888, p. 646. — Widal et Bezançon. *Soc. méd. hôp.*, 18 mai, 1er juin, 27 juillet 1894.

(2) Chauveau. *Lyon méd.*, 1882. — Arloing. *Compt. rend. Acad. Sc.*, 1884. — Widal. *Bull. acad. méd.*, 1888.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Traité de méd. thérapeut.*, 1895, t. 1, p. 555.

vaisseaux lymphatiques cutanés, sans marquer la trace de son passage. La preuve en est dans l'érysipèle erratique ».

La dermite érysipélateuse dont Vulpian le premier (1) établit les principaux caractères, et qu'étudia complètement Renaut (2) conduit, par ses récidives, à l'œdème lymphatique chronique. L'exsudat séreux ne subit plus qu'une résorption incomplète ; les parties atteintes, à l'inverse de l'œdème veineux, pâteux et dépressible, donnent la sensation d'une masse élastique et résistante, comme doublée d'un tissu graisseux, et dans laquelle le doigt imprime avec peine un godet vide effacé. A cet œdème s'ajoute une dermite chronique hypertrophique, une sclérose diffuse due à l'hyperplasie des éléments conjonctifs préexistants de la peau et de l'hypoderme. Les tissus nouveaux sont imprégnés de sérosité liquide, riche en cellules rondes, et parcourus par des lymphatiques amincis et dilatés (Virchow) (3). En dehors des poussées aiguës les streptocoques n'existent pas dans cette lymphe en quantité suffisante pour que l'ensemencement de quelques gouttes donne un résultat positif (Achalme). — Les causes de l'œdème lymphatique seraient mécaniques et la stase, provoquée soit par des nœuds de lymphangite oblitérante, soit par la sclérose des ganglions lymphatiques (Renaut). — On sait aujourd'hui que les streptocoques forment dans les vaisseaux lymphatiques de petits amas (Cornil, Fehleisen, Metchnikoff), qu'ils y provoquent des coagulations et qu'ils sont la cause des suppurations ganglionnaires.

A cette pathogénie, à ces lésions, répond un type désormais classique d'éléphantiasis, réalisé dans les observations ci-jointes :

Observation I. — Dr Besnier, *Gaz. hôp.*, 1878, p. 1017. — *Eléphantiasis érysipélateux.*

Adolphe R..., 44 ans, ouvrier en galoches, entre à St-Louis, salle St-Léon, le 14 avril 1878. Vigoureux. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires.

(1) *Archiv. Physiol.*, 1868.
(2) Th. Paris, 1873-74.
(3) *Pathol. des tumeurs*, tome Ier. Article Eléphantiasis.

Erysipèle de la jambe droite à 12 ans, pris pour un phlegmon diffus et incisé.

Depuis cette époque, n'a eu que 3 attaques érysipélateuses semblables, ayant chacune laissé le membre un peu plus volumineux que précédemment. La 2e crise eut lieu en janvier 1878 (rougeur diffuse douloureuse de la jambe, frissons, etc.). Le membre inférieur droit est très volumineux, et la tuméfaction s'arrête en bas au niveau du cercle périmalléolaire. Peau de couleur normale ; pas d'ulcération, sensibilité intacte, consistance dure, ferme ; des piqûres donnent un écoulement de liquide clair, alcalin, fibrinogène, chargé de cellules ; motricité intacte.

Observation II. — Dr Richardière, *Annal. Dermat.*, 1891, p. 560. *Eléphantiasis érysipélateux* (résumée).

Bach. Suzanne, 45 ans, marinière, entre le 19 décembre salle St-Landry, lit n° 17. Dans sa jeunesse a eu 3 érysipèles de la face à 3 ans d'intervalle, 4 enfants, sains. Actuellement : jambe gauche énorme. En ce point en 1880, a vu cette jambe enfler, devenir rouge et très douloureuse. L'enflure a persisté depuis, diminuant un peu mais sans disparaître. D'ailleurs des poussées identiques se reproduisaient fréquemment et laissaient après elles une tuméfaction plus accentuée.

La cuisse gauche est énorme ; la peau de couleur normale, l'épiderme lisse et sain ; pas d'adénite inguinale ni de cordons variqueux.

La jambe gauche offre une peau épaissie, écailleuse, brunâtre, rugueuse ; la tuméfaction éléphantiasique est maximum au-dessus de la cheville en avant, aux régions extérieure et postérieure de la jambe, au bord extérieur du pied et à la racine des orteils. Pendant son séjour à l'hôpital rougeur inflammatoire des parties saillantes, dont l'épiderme distendu laissait suinter abondamment et incessamment de la sérosité. Tout se calma par le repos au lit.

Çà et là des végétations papillomateuses sur des plaques indurées. Pas d'ulcération ni de fissures ; pas de filariose ; motricité et sensibilité intactes ; atrophie congénitale du bras et du scapulum gauche.

Observation III. — Dr Cégan, Th. Paris, 1893-94. — *Eléphantiasis érysipélateux.*

Grandet Charles, 18 ans, pâtissier, entre le 30 janvier 1893, salle Bouisson, service du professeur Tédénat à Montpellier. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. A 12 ans, pendant 6 jours, eut au pied et à la jambe droite, une rougeur douloureuse, avec douleur inguinale, et fièvre intense. La jambe est restée grosse depuis. Les 4 années suivantes, au mois de mai, poussées identiques ; depuis 3 ans elles se rapprochent (tous les 4 ou 5 mois) ; depuis 6 mois (tous les 8-10 jours).

Actuellement : pied énorme, se continuant avec jambe cylindrique, sans sillon de démarcation ; l'œdème se terminant à 2 travers de doigt du jarret ; pas de plaie ni d'ulcère ; peau épaissie, indurée, marbrures

par places, gardant l'empreinte du doigt, adhérente aux tissus sous-jacents, parcourue de gros troncs veineux et de varicosités. Pas de filaires (Kiener).

Observation IV. — Dr Achalme, Thèse citée. — *Eléphantiasis érysipélateux.*

R... Adolphe, 57 ans, galochier, entré le 9 mars 1890, salle Bazin, n° 42.

A 17 ans, premier érysipèle à la jambe droite. Depuis 9 érysipèles dans la même région, dont l'un l'obligea à garder le lit 6 mois, et l'autre fut suivi d'un phlegmon.

Actuellement : jambe droite énorme, cylindrique ; tuméfaction limitée en bas et en haut par un bourrelet. Peau pigmentée, dure et cartilagineuse, ne garde nulle part l'empreinte du doigt. Cordons lymphatiques indurés dans le creux poplité et ganglions dans l'aine.

Observation V (du même). — *Éléphantiasis érysipélateux de la face.*

Henriette M..., 16 ans. Entrée salle Grisolle, n° 3, le 21 février 1890. Depuis l'âge de 4 ans, grand nombre d'érysipèles de la face, toujours suivis d'un œdème persistant plus accentué chaque fois ; rétrécissement mitral ; la face offre l'aspect de celle d'une albuminurique. Teint décoloré. Joues empâtées et tombantes ; gonflement énorme des paupières supérieures qui cachent les yeux, et limité à la racine des cheveux ; œdème élastique, ne reçoit pas l'empreinte du doigt. L'auteur assiste à une nouvelle poussée qui succède à une violente colère et dure 5 jours.

Des scarifications de la peau du front permettent de cultiver du streptocoque pur.

Observation VI (du même). — *Eléphantiasis érysipélateux du nez.*

Antonia P..., 22 ans, blanchisseuse. Entrée le 26 juin 1890, salle Grisolle, n° 14. Œdème chronique du nez, à la suite d'érysipèles répétés de cette région, revenant depuis l'âge de 12 ans, au moment des règles.

Observation VII (du même). — *Eléphantiasis érysipélateux de la face.*

L... Barbe, 27 ans, ménagère. Salle Grisolle, n° 7. Enceinte de 7 mois, 4e atteinte d'érysipèle de la face. Tuméfaction persistante du nez, des paupières, du front ; pas d'empreinte au doigt. Coloration rouge vif et permanente.

Observation VIII (du même). — *Eléphantiasis érysipélateux de la jambe.*

Cy... André, 52 ans, corroyeur. Entré le 23 juin 1891, salle Rostan, à la Pitié.

Volume énorme de la jambe gauche, régulièrement tuméfiée, sans rougeur, ni eczéma, ni varices. Cette tuméfaction est survenue pro-

gressivement, à la suite d'un seul érysipèle traumatique de la jambe. Engorgement des ganglions de l'aine.

Observation IX (du même).

Cy... Jules, 58 ans, charretier, entré le 12 octobre 1890 salle Rostan. Œdème chronique de la jambe droite ; les 2/3 inférieurs sont surtout atteints. Un bourrelet saillant le limite en bas. Œdème élastique, sans godet, dû à des érysipèles répétés survenus à cette jambe depuis 4 ans.

Observation X. — Dr Guyot, *Archiv. gén. méd. navale et colon.*, sept. 1892, p. 192. — *Un cas d'éléphantiasis indigène.*

Homme de 20 ans ; né dans le Finistère qu'il n'a jamais quitté. Il y a 4 ans, au mois d'avril, après avoir pris un bain dans un ruisseau bourbeux, voit survenir sur la partie antérieure et moyenne de la jambe gauche une plaque rouge, douloureuse qui s'accompagne de fièvre. Ces phénomènes durent peu ; il reste un léger œdème qui persiste et augmente progressivement. A 3 reprises différentes, nouvelles poussées lymphangitiques. Actuellement, le membre inférieur gauche offre l'aspect de l'éléphantiasis, avec prédominance des lésions sur la jambe ; pas de filariose ; pas de syphilis, ni d'impaludisme ; pas de solution de continuité à la peau.

Observation XI. — Martin Gil, *Gaceta medica catalana*, 1893.

Homme, 60 ans. L'affection a débuté en 1880 par le pied gauche qui de temps en temps présentait du gonflement, accompagné de douleurs et de fièvre, ce qui durait de quelques heures à 3 jours. Jambe, cuisse, scrotum sont envahis successivement. Des douleurs testiculaires avec fièvre apparaissent. Le scrotum, dont la masse lisse, de la consistance du cuir, sans varicosités, ni crevasses, pâlit et diminue de volume par le repos au lit, pend jusqu'aux genoux. Le gland est au fond d'un ombilic. La circonférence-pourtour de cette masse est à son insertion de 89 centimètres ; sa circonférence inférieure de 95 centimètres ; d'un pli inguinal à l'autre en passant par le bord inférieur du scrotum on a 120 centimètres.

Nous avons observé un malade, exempt de filariose, atteint il y a 8 ans d'un phlegmon diffus de la jambe, et porteur d'un éléphantiasis, à poussées lymphangitiques très atténuées mais incessantes, qui remontait à cette époque. Les lésions superficielles et profondes consécutives au phlegmon, ne furent-elles pas depuis lors la cause persistante d'un œdème, auquel vint insensiblement s'ajouter la dermite chronique hypertrophique provoquée par le germe infectieux, qui n'a peut-être jamais quitté la zone atteinte ?

Observation XII (personnelle). — *Eléphantiasis consécutif à un phlegmon.*

Doucet Maldans.., 58 ans, marchand ambulant. Entre le 20 juillet 1895, salle Devergie, nº 32 ; service de M. le Dr Besnier.

L'affection de la jambe date de 8 ans. Il était en Algérie.

Une petite plaie apparut sur la face antéro-externe de la jambe gauche, bientôt suivie d'un phlegmon diffus qui nécessita une très longue incision. Depuis cette époque, le volume de la jambe est devenu considérable, et beaucoup plus accentué le soir que le matin, ou après une marche prolongée.

Tous les mois environ, depuis 4 ans, dit-il, la jambe devient plus rose, un peu douloureuse, devient couleur « cerise », au niveau d'une cicatrice nterne, qui date du phlegmon, la peau est plus tendue, la jambe plus dure ; tout disparaît en 3-4 jours.

Toute la partie antérieure et supérieure de la jambe, où était le phlegmon, est cicatricielle. N'a jamais eu d'ulcérations ni d'ulcères.

Les téguments sont de couleur normale ; la masse hypertrophiée forme des bourrelets au niveau du tendon d'Achille et des malléoles. Adhérence de la peau ; pas de godet au doigt ; pas de saillies verruqueuses. Consistance pâteuse et mollasse de toute la jambe. Quelques ganglions inguinaux. Urines normales. Sensibilité intacte. La recherche des filiaires reste négative.

Antécédents : Chancre et bubon il y a 23 ans. Pas d'accidents depuis. Hydrocèle vaginale double ; fièvre de croissance à 14 ans.

Le Dr Mazaé-Azéma (*Gaz. méd.*, Paris, 1858) rapporte un fait analogue, un éléphantiasis de la jambe gauche, consécutif à un abcès du creux poplité, et procédant par poussées érysipélateuses.

Les dermites à répétition, d'autant plus récidivantes que la voie reste ouverte à l'infection streptococcique, provoquent presque constamment, autour des ulcérations chroniques de jambe, l'altération éléphantiasique.

Mais cet éléphantiasis secondaire n'est pas l'aboutissant d'un processus simple ; dans l'ulcère variqueux par exemple, les varicosités superficielles et profondes des membres, amènent d'abord un ralentissement du courant sanguin, une stase suivie d'œdème ; d'où surcroît d'activité dans le système lymphatique ; dilatations des vaisseaux et ganglions lymphatiques ; œdème lymphatique mécanique (Virchow) (1). Pendant ce temps (par rupture de varices ou par nécrobiose due

(1) *Handbüch. der spec. Path. und Therap.*, I, p. 203.

à l'oblitération d'artérioles athéromateuses chez les séniles), l'ulcère est créé, la gêne dans la circulation superficielle devient d'autant plus grande que celui-ci est plus vaste ; et la surface suintante, envahie par les micro-organismes, est à la moindre érosion, le point de départ d'une lymphangite, ou d'un érysipèle. Cette surface ulcérée, par l'entrave qu'elle apporte à la circulation superficielle, accroît l'œdème des parties sous-jacentes ; et la bride fibreuse qui lui succède lors de sa cicatrisation, joue le même rôle.

Un tel membre a d'autres raisons encore de s'hypertrophier, lorsque les varices développées à sa surface, sont considérables, confluentes, provoquant autour d'elles de la périphlébite qui vient combiner ses lésions à celles de la dermite streptococcique : « L'œdème est le symptôme obligé des varices, dit le Dr Quénu (1), sa répétition laisse des traces matérielles sous forme d'épaississements des travées conjonctives. L'inflammation chronique du tissu conjonctif s'observe principalement le long des veines variqueuses ; au lieu d'être aisément isolables comme à l'état normal, les vaisseaux variqueux sont constamment entourés de tissu induré, sorte de périphlébite chronique, consécutive à l'inflammation des parois vasculaires. Dans bon nombre de cas l'induration inflammatoire n'est pas limitée à la zone périveineuse, elle s'étend à toute la circonférence du membre, et à toute l'épaisseur des couches sous-cutanées. Il peut se faire alors que la peau et le tissu sous-cutané ne forment plus qu'une sorte de gangue adhérente aux aponévroses. Tous les organes emprisonnés dans le tissu pathologique sont consécutivement plus ou moins altérés. Les artérioles s'y montrent avec des parois sclérosées, et quelquefois des coagulations sanguines ; les nerfs sont atteints de névrite interstitielle ; les vaisseaux veineux du pannicule sous-cutané subissent à leur tour la dilatation variqueuse, et donnent naissance par place à une véritable formation caverneuse ».

M. Jeanselme (2) a décrit la dermite hypertrophique lisse consécutive à l'œdème mécanique, et la dermite hypertrophique végétante, qui survient à la longue, à la suite d'infec-

(1) *Traité de chirurgie*, article Varices, 1893.
(2) Th. de Paris, 1887-88.

tions répétées. Il nous a montré comment à chaque poussée nouvelle la perméabilité des ganglions lymphatiques diminue, ce qui augmente l'œdème ; et comment la dermite prend en certains points le caractère atrophique, aggravant la gêne circulatoire et modifiant la peau qui s'amincit, devient luisante et sèche, d'abord souple et facile à plisser, puis tendue sur l'arête du tibia. L'infection streptococcique n'est donc pas la cause exclusive de l'éléphantiasis dans l'ulcère variqueux.

Objectivement, l'aspect varie d'un sujet à l'autre :

Tantôt l'ulcère, plus ou moins vaste, rebelle, ne se répare pas, et gagne en largeur et en profondeur (Obs. XIII) ;

Tantôt la réparation spontanée s'opère avec une extrême lenteur, et l'on voit diminuer progressivement les dimensions de la perte de substance (Obs. XIV) ;

Tantôt il ne reste plus à la surface du membre éléphantiasique que des cicatrices blanchâtres, minces et adhérentes, derniers vestiges des ulcérations primitives, provocatrices de l'affection (Obs. XV).

Observation XIII. — Dr Besnier, *Gaz. Hôp.*, 1878.

Louis T..., 70 ans. Imprimeur sur tissus. Lit 54, salle St-Léon. Vieillard misérable, physiquement et moralement. La maladie remonte à 1872, et débuta par une ulcération variqueuse ? à la partie antéro-interne de la jambe gauche. En même temps lymphangite. Ces accès se sont répétés depuis en si grand nombre que le malade ne peut en évaluer le chiffre. La jambe dans sa partie inférieure surtout s'est endurcie et hypertrophiée. En 1876 lymphangite de la jambe droite, nouvelle poussée en 1877, et depuis tuméfaction manifeste de ce côté. Actuellement : ulcère scléreux à la partie interne de la jambe gauche, avec induration et adhérence des téguments aux parties profondes. Le maximum de gonflement est à l'union de la jambe et du pied ; le doigt y laisse son empreinte ; une sérosité coagulable s'écoule par piqûre. Surface malade hérissée de saillies papilliformes formant une véritable surface velvétique. Toutes tentatives thérapeutiques échouent.

Observation XIV (personnelle).

Victorine L..., 45 ans. Entre à St-Louis, salle Alibert, le 5 avril 1895. Lit n° 37. Réglée à 12 ans. Fièvre typhoïde à 9 ans. A eu 5 enfants. Blanchisseuse ; varices à la surface de la peau. Excellente santé. A eu il y a 15 ans sur la jambe droite, des dartres ?? qui durèrent 2 mois ; puis de petites ulcérations qui se répétèrent fréquemment, qui guéri-

rent spontanément, apparurent depuis à plusieurs reprises. En 1890 fait un premier séjour à St-Louis pour œdème des jambes. Reprend sa profession de blanchisseuse. Au bout de 2 ans, des ulcérations apparaissent à la partie externe et inférieure de la jambe, elles étaient indolentes, mais provoquèrent plusieurs poussées de lymphangites. Elles sont cicatrisées aujourd'hui.

Actuellement la jambe droite est très volumineuse, s'évasant de haut en bas ; de coloration légèrement rosée. Végétations papillomateuses à la face externe des malléoles et du pied, mollasses, exulcérées à leur sommet. Une ulcération taillée à pic, suppurante existe en arrière de la malléole interne. Le soir la tuméfaction est toujours beaucoup plus considérable que le matin. Une sérosité transparente s'écoule sans cesse des saillies papillaires. Adhérence généralisée de la peau. Orteils intacts.

La jambe gauche offre une tuméfaction diffuse au niveau du tendon d'Achille, de sorte que la saillie du mollet est effacée.

Observation XV (personnelle).

Jeanne Th..., 56 ans, cuisinière ; entrée le 28 juin 1895, salle Alibert, service de M. le Dr Besnier, lit n° 35 ; 2 enfants ; ménopause à 54 ans ; pas de rhumatisme, ni d'accidents nerveux. Reste debout toute la journée par profession.

Depuis 10 ans, a de l'œdème des jambes, maximum le soir, peu accentué le matin. Varices à gauche. Ces varices se seraient rompues il y a 5 ans : à la suite, vastes ulcérations dont on constate aujourd'hui les cicatrices ; ces ulcérations auraient disparu l'année dernière à la suite de 2 poussées consécutives d'érysipèle. A la jambe droite a eu il y a 10 ans une vaste brûlure.

Actuellement le volume de la jambe gauche est considérable : c'est un œdème généralisé, dépressible en haut, dur en bas, maximum à la partie dorsale du pied. La plante est respectée. A son entrée une rougeur diffuse lymphatique est répartie à la surface du membre. Les lésions de l'éléphantiasis verruqueux sont au complet. Une piqûre provoque un abondant écoulement de sérosité. Les sensibilités à la douleur et à la température sont atténuées à gauche. La motricité est intacte, et la marche n'est entravée que par le poids du membre. Myocardite scléreuse ; péricardite sèche chronique ; arythmie.

La jambe droite est le siège d'un œdème demi-dur. Il n'y a donc plus d'ulcérations à la surface de ce membre ; mais son hypertrophie paraît cependant due aux poussées érysipélateuses dont ces ulcérations furent le point de départ. Voici les dimensions des 2 membres :

	gauche	droite
Circonférence à la racine des orteils.	28 cent.	23 cent.
« au cou-de-pied.	38 «	28 «
« aux malléoles	41 «	31 «
« au mollet	35 «	34 «
« au 1/3 supérieur de la jambe.	37 «	31 «

Les classiques (1) ont également appliqué le nom d'éléphantiasis à ces déformations souvent monstrueuses qui accompagnent les ulcérations cutanées rebelles de la tuberculose. Cette dénomination est parfaite puisqu'il s'agit bien de l'altération éléphantiasique, de la dermite chronique à streptocoques, procédant par poussées sur un terrain sans cesse réinfecté. Lorsque les nodules tuberculeux, plus ou moins confluents qui constituent le lupus, en arrivent à la période ulcéreuse, les lymphangites et les érysipèles se succèdent au moindre prétexte ; ainsi se développe l'éléphantiasis tuberculeux (Boiteux) (2), l'éléphantiasis strumeux (Mathieu) (3), le lupus éléphantiasique (Vidal et Coculet) (4). — Ce dernier auteur en rapporte 7 observations. Nous en avons observé un cas ; M. Sabouraud en donne 2 observations (5) ; des faits analogues sont relatés dans les thèses de Charcellay et de Gourraud (6).

Observation XVI (personnelle). — *Éléphantiasis et lupus généralisé.*

Louise Bur..., 64 ans, couturière, entrée le 24 février 1894, salle Alibert, n° 4. Service de M. le Dr Besnier. — Pas de tuberculeux dans la famille.

Antécédents personnels. — Malade depuis l'âge de douze ans ; à cette époque adénites sous-maxillaires suppurées qui restèrent fistuleuses 5 ans. Mariée à 24 ans ; 2 enfants toujours bien portants. Mari sain. A 30 ans, le lupus apparaît sur la joue gauche et envahit tout le côté de la face, sans traitement ; en 1874, phlébite du membre inférieur gauche qui resta depuis tuméfié (cuisse et jambe) ; un an après, se fait une plaie qui ne se cicatrise pas à la cheville gauche ; pas de variétés. Plus tard la plaie se ferma, tandis qu'à la plante du pied apparaissait une ulcération qui dura jusqu'à maintenant 1895. Le lupus de la face envahissait pendant ce temps le côté droit.

Il y a 3 ans (1892) érysipèle de la jambe, à la suite duquel, jambe et cuisse se tuméfièrent et demeurèrent ainsi jusqu'à ce jour. Entra à l'hôpital St-Louis en 1874, et depuis n'en est pas sortie. Membre douloureux. Depuis cette époque, tous les 3 mois, poussées lymphangitiques

(1) Kaposi, trad. Besnier.
(2) (Une observat.), *Rev. chirurg.*, 1882, p. 125.
(3) *Gaz. hôp.*, 1883, p. 968 (une observat.).
(4) Th. de Paris, 1886.
(5) *Loco citato.*
(6) Charcellay. Th. Paris, 1879 (2 observations). — Gourraud. Th. Paris, 1873 (une observation).

(rougeur diffuse, cuisson, frissons, céphalalgie, état général). Traitée pour lupus de la jambe, à plusieurs reprises. N'a jamais eu de varices.

État actuel. — La dernière poussée date de 2 mois, elle dura 3 jours; lupus de la face ne respectant que la partie supérieure du front et l'oreille droite ; beaucoup de points traités par l'ignipuncture sont cicatrisés.

Le lupus s'est étendu à la nuque, la partie supérieure du dos, le sein et la région sus-claviculaire gauche. On y observe de larges cicatrices, résultant d'une guérison spontanée. Ectropion aux yeux par cicatrices.

Le côté droit du corps est entièrement respecté.

Le membre supérieur gauche atteint de lésions lupiques offre les dimensions suivantes :

Circonférence des membres	côté gauche malade	côté droit sain
Racine des cuisses (aine)	79 cent . . .	62 cent.
Partie moyenne de la cuisse. . .	61 » . . .	54 »
Circulation sus-rotulienne. . . .	53 » . . .	44 »
Tierce supérieure de la jambe. .	41 » . . .	39 »
Mollet	40 » . . .	34 »
Un tiers inférieur de jambe . . .	28 » . . .	23 »
Cou-de-pied	26 » . . .	24 »

Le membre éléphantiasique est violacé, la peau n'y est blanche qu'aux orteils et à la cuisse par plaques irrégulières. Sur la jambe multiples excoriations de grattage, auquel se livre la malade dès que son membre n'est plus enveloppé de compresses humides. A la face interne du pied, du talon, de la cheville, vaste cicatrice due à une ulcération lupique guérie. A la surface du membre, disséminées çà et là, sont des tubercules ulcérés, rougeâtres, à bords décollés, à fond jaunâtre, disposés en demi-cercle, surtout au cou-de-pied et à la face postérieure du mollet, par où s'écoule incessamment une sérosité transparente, néoformations lupiques, qui offrent tendance à la cicatrisation spontanée. La peau est partout épaissie, adhérente, intimement unie aux parties profondes. On ne lui imprime de godet que très difficilement. A la cuisse, l'infiltration œdémateuse est disposée sous forme de 2 plaques allongées extérieure et intérieure. Pas d'adénite inguinale. Marche gênée par le seul poids du membre. Sensibilité intacte. Excellente santé. Un peu d'emphysème avec catarrhe *bronchique*.

Observation XVII. — Dr Sabouraud, *Annal. Dermat.*, 1892, p. 593.

Louise B..., infirmière, 33 ans, entre le 20 janvier 1892, salle Alibert n° 9, pour tuberculoses externes multiples avec éléphantiasis du membre inférieur droit. Les lésions datent de l'âge de 7 ans ; eut alors des abcès fongueux, ulcères, qui n'ont jamais guéri. Depuis 1882 (1er érysipèle) a tous les 2 ou 3 mois des poussées de lymphangite partant des ulcérations des pieds. L'adénite éléphantiasique qui en résulte remonte au-dessous du genou. Trajets fistuleux ostéopathiques autour des mal-

léoles. Des scarifications de la peau, au moment de la dernière poussée, permettent de recueillir un sérum qui donne les cultures du streptocoque pur.

Observation XVIII (du même).

Femme D..., 39 ans. Ulcérations scrofulo-tuberculeuses du pied gauche. Depuis 1889 poussées de lymphangite mensuelles ; 2 poussées depuis 1892 ; jambe énorme, séparée du pied par un étranglement malléolaire au niveau duquel le membre a gardé ses dimensions d'autrefois. Pied informe, portant des cicatrices anciennes. Lupus de la face ; son mari et ses cinq enfants morts de tuberculose ; streptocoque dans les téguments au moment d'une poussée lymphangitique.

La même interprétation est applicable aux éléphantiasis qui succèdent à l'eczéma, aux névrodermites, aux lésions syphilitiques.

Observation XIX. — *Éléphantiasis greffé sur un eczéma* (Dr Sabouraud, *loc. cit.*).

Rob. Oct..., 41 ans, garde de sémaphore ; vigoureux ; entre le 23 avril 1892, service du Dr Besnier, salle Devergie, n° 10. Il y a 6 ans eczéma du cou-de-pied. Six mois après première lymphangite. Depuis poussée tous les mois. Membre plus volumineux chaque fois. Actuellement la jambe gauche est triple de la droite. Peau lisse, tendue, brunâtre, papillomateuse, végétante, pied énorme. Au cours d'une poussée le streptocoque est extrait pur de la peau.

L'observation suivante se rattache au même ordre d'idées :

Observation XX. — *Pseudo-éléphantiasis par lichénification* (Dr Gastou, *Soc. Dermat.*, 15 nov. 1894).

X..., 45 ans, pâtissier ambulant. En juillet 1888, violent traumatisme. Un mois et demi après prurit intense au périnée et à l'aisselle droite, suivi de grattage et d'excoriations ; papules de prurigo. Le scrotum devient épais et rugueux. Tout traitement échoue. Les bourses, d'aspect brillant, prennent le volume d'une tête de fœtus ; douloureuses à la pression ; peau très épaissie ; ganglions inguinaux hypertrophiés. Quelques papules de prurigo à la surface du corps ; alcoolisme ; « il s'agit, dit l'auteur, de névrodermite circonscrite (Brocq) ; la lésion prurigineuse a entraîné l'altération cutanée (Jacquet), la lichénification est due à une inflammation vasculaire et lymphatique chronique ; le sang des bourses contient de multiples noyaux segmentés, sans microbes toutefois ».

Au sujet d'un épaississement éléphantiasique des grandes

lèvres développé au voisinage d'une gomme et présenté par Neumann, Kaposi déclare (1) qu'entre la syphilis et l'éléphantiasis il n'y a pas d'autre rapport qu'entre l'éléphantiasis et toute autre affection pouvant déterminer l'hypertrophie du tissu conjonctif ; ce rapport n'est autre que l'infection streptococcique, dans la majorité des cas.

Nous avons observé récemment, avec notre maître le Dr Darier, un homme atteint de chancre syphilitique sous-préputial, et dont la verge devint le siège d'un œdème considérable d'abord rouge et inflammatoire, qui diminua mais ne disparut point, par la compression élastique journalière.

Le fait suivant rapporté par Landau (2) peut être rapproché des précédents bien que la pathogénie nous en paraisse complexe.

Observation XXI.

A... T..., 34 ans, tailleur ; bien portant jusqu'à 26 ans. A cette époque, chancre induré au-dessus du méat.

Les ganglions inguinaux tuméfiés des deux côtes sont alors extirpés !...

Accidents secondaires ; traitement mercuriel ; guérison.

Quelque temps après, le prépuce et la verge augmentent de volume, épaississent, durcissent ; et cela sans aucun phénomène inflammatoire, sans rougeur érysipélateuse, sans douleur. Le pénis gêne la marche uniquement par son poids et son volume.

Le scrotum a ses dimensions normales ; les testicules sont gros. La santé générale est bonne. Empâtement induré dans les 2 plis inguinaux. A gauche hernie épiploïque. Les dimensions du pénis sont : L = 22 centimètres ; circonférence de 13 centimètres à sa racine ; de 18 et 20 centimètres vers l'extrémité.

Extirpation de la masse éléphantiasique.

Examen histologique. — Epiderme normal ; aplatissement des papilles du derme. Plus on pénètre dans la profondeur, plus on constate un épaississement du tissu conjonctif avec lymphangiectasies.

Landau fait observer qu'ici, l'éléphantiasis n'a pas été la conséquence de l'extirpation des ganglions inguinaux, puisque le pénis, à l'exclusion du scrotum resté normal, est seul en cause. Il pense qu'il s'agit d'un œdème scléreux, dans la zone du chancre, dû à une infection qui aurait atteint le réseau lymphatique local ; il se demande si cette infection est due

(1) *Société viennoise Dermat.*, 15 février 1895.
(2) *Berlin. Klinische Wochenschrift*, 21 mai 1888.

uniquement au microbe de la syphilis, ou à d'autres agents ? ou s'il faut admettre une infection mixte ? Il se rattache à cette dernière opinion conforme aux recherches de Finger (1).

Dès 1870, M. le professeur Fournier (2) nous apprenait à connaître cet œdème scléreux développé au voisinage des lésions syphilitiques ; il étudiait chez la femme l'œdème vulvaire, et s'exprimait ainsi : « Ce ne sont jamais que des lésions provisoires. Qu'elles puissent durer longtemps, cela est certain ; mais jamais elles ne sont définitives ni chroniques dans le sens propre du mot ». Elles sont la conséquence de la lymphangite qui vient compliquer le chancre ; l'induration tenace dure quelquefois de longs mois. Mais la guérison en est la règle. Les lésions de l'œdème scléreux peuvent se développer après la cicatrisation du chancre.

Les observations publiées dans la thèse de M. Desjardins sont instructives à cet égard. Dans la thèse de Clarac (3) nous trouvons un cas analogue : un officier de marine contracte au moment de s'embarquer un chancre induré de la verge. Un an après, il était porteur d'un énorme éléphantiasis de cette région. Eléphantiasis qui céda en quelques mois à un traitement énergique.

Infection par le streptocoque, porte d'entrée indifférente, oblitération des réseaux lymphatiques, suivie d'œdème et de dermite fibreuse, tel est le mécanisme de cette variété d'éléphantiasis, que l'on doit isoler, de par sa symptomatologie, de la variété dont nous allons nous occuper maintenant, bien que la pathogénie de ces deux états soit identique en dernière analyse.

§ 2. — Œdèmes lymphatiques et éléphantiasis.

« Les éléphantiasis qui naissent et évoluent sans lymphangites fébriles appréciables, dit M. le Dr Besnier (4), les « pa-

(1) *Vierteljahrschrift für Dermat.*, XIV, 1887, S. 53.
(2) *Cliniques de Lourcine.* Desjardins, Thèse Paris, 1870.
(3) *Étiologie et pathogénie de l'éléphantiasis.* Thèse de Paris, 1881.
(4) *Gaz. hôp.*, 1878.

chydermies froides » sont rares ou temporaires : après une certaine durée l'état latent ne s'observe plus ». Leur allure est toute différente de celle des éléphantiasis envisagés au précédent chapitre ; et les poussées inflammatoires sont alors des complications tardives, indépendantes, du moins en apparence, du processus initial. L'œdème lymphatique se développe lentement, et s'il subit au cours de son évolution une augmentation plus ou moins brusque, celle-ci ne coïncide avec aucun phénomène pyréto-phlegmasique manifeste.

Le siège anatomique de l'affection semble résider dans le système lymphatique dilaté ; mais il est malaisé d'établir dans quelle mesure l'œdème et la dermite hypertrophique, succédant à ces lymphangiectasies, prennent part à la tuméfaction des membres, et de séparer cette forme de certains lymphangiomes diffus ; sa nature n'est pas moins obscure ; elle reconnaît sans doute de multiples causes : l'infection streptococcique, la filariose, ne sont pas étrangères à son apparition, mais n'en sont point les raisons exclusives.

« Cette lymphodermie (1) avec lymphorrée, débute par la formation d'une masse pâteuse, qui à mesure qu'elle s'accroît et prend de la consistance, attire et finit par comprendre dans une même tumeur toutes les parties voisines. La surface tuméfiée est ridée, sillonnée, çà et là humide et recouverte de saillies verruqueuses ; au toucher la peau est tantôt dure, tantôt molle, de consistance gélatineuse. Il s'y forme souvent des vésicules qui, se rompant, laissent suinter pendant des heures et des jours, une lymphe vraie, coagulable à l'air et dont se séparent des globules lymphatiques... »

Observation XXII. — Kaposi.

Jeune homme atteint d'éléphantiasis de la jambe gauche, reçu à la Clinique en 1883. A ce moment la peau du scrotum n'était pas encore éléphantiasique, mais offrait de nombreuses saillies transparentes ; des vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, semblaient des ampoules appartenant à des vaisseaux lymphatiques variqueux, durs, faciles à sentir sous le chorion, et répondant à des lymphatiques dilatés. Quelques-unes de ces ampoules se rompirent, laissant suinter ensuite pendant plusieurs jours de la lymphe, jusqu'à deux centimètres cubes en 1/4 d'heure.

(1) Besnier et Doyon, Tr. Kaposi, tome II, p. 126.

Ne pouvons-nous rapprocher de cette description, quelques faits d'hypertrophie considérable des membres, dus à des lymphangiectasies progressives, d'abord profondes, puis superficielles, sans importantes modifications de la peau au début, et sans troubles fonctionnels graves.

Dans un cas de Marquez (1), le malade était porteur d'une hypertrophie considérable de toute la cuisse gauche, qui formait 3 bourrelets éléphantiasiques superposés ; sur la face antérieure de cette cuisse existaient en même temps quelques vésicules dermiques, variqueuses.

Dans un autre cas de Fischer (2), le membre inférieur gauche tout entier, et la partie supérieure de la cuisse droite avaient subi une augmentation de volume considérable avec varices lymphatiques à la surface ; tandis que le scrotum était couvert de petites varices lymphatiques du derme.

Les deux observations suivantes méritent d'être ici mentionnées.

Observation XXIII. — Besnier, Cliniq. in *Gaz. hôp.*, 1878.

Jean-Bapt. P..., 62 ans, cultivateur, entre le 11 juin 1878, salle St-Léon, n° 53 ; homme vigoureux et bien constitué.

Ictère en 1860 ; variole en 1870 ; fièvres intermittentes dans son enfance ; depuis plusieurs années le malade éprouve dans la cuisse droite des douleurs profondes. A la suite d'une de ces crises douloureuses, vit survenir dans l'aine des « glandes » également douloureuses. La région s'est tuméfiée de haut en bas, de la partie supérieure de la cuisse jusqu'au pied ; graduellement, sans *aucun phénomène fébrile.*

En février 1878, nouvelles crises de douleurs lancinantes dans la continuité de la cuisse droite, suivies d'une augmentation considérable de volume. Les mêmes phénomènes apparaissent à gauche. La peau, saine jusque-là, devient érythémateuse, fendillée, squameuse. A la jambe droite, une petite eschare spontanée tombe, laisse écouler une certaine quantité de sérosité, et se cicatrise.

Sur le membre supérieur gauche, apparition d'un zona indolent.

Actuellement : augmentation de volume, énorme des 2 membres inférieurs ; plus accentuée à droite ; le scrotum, le pénis, l'hypogastre sont tuméfiés.

(1) Contribution à l'étude de la lymphorrhagie et des lymphadocèles (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 24).

(2) Der Riesenwuchs (Mittheil. aüs der königl. Klin. zu Breslaü, *Zeitsch. f. Chir.*, 1880. Bd. XII, p. 22).

Mensurations (circonf.)	Membre droit	Membre gauche
Racine de la cuisse	98 cent.	89 cent.
Milieu de la cuisse	74 »	58 »
Creux poplité.	58 »	51 »
Cou-de-pied.	30 »	28 »
Pourtour des malléoles . .	37 »	30 »
Partie moyenne du mollet. .	50 »	41 »

Les membres sont symétriquement déformés. La peau est érythémateuse par places, et écailleuse ; mais elle est blanche sur presque toute l'étendue des membres ; lisse uniformément. Ni saillies papillomateuses, ni ulcérations, ni fissures. Pas de troubles de la sensibilité. Consistance ferme ; cède à la pression du doigt, offre une résistance élastique, mais le doigt ne laisse pas son empreinte ; une piqûre rencontre de la résistance, mais n'indique pas une condensation fibreuse des parties traversées ; elle provoque l'écoulement d'un liquide citrin, alcalin, fibrinogène et albumineux : comme dans les œdèmes lymphatiques inflammatoires.

Le système lymphatique ganglionnaire présente, dans les régions inguinales, des altérations certaines ; il y a des ganglions volumineux dans l'aisselle droite, le poids seul des membres gêne la marche.

Urines normales. Pas de paralysie musculaire. Viscères en bon état.

Observation XXIV. — Fournier et Mendel, *Soc. Dermat.*, 8 juin 1893.

Femme, 59 ans. Obésité héréditaire dans la famille. Mère morte obèse à 82 ans. Une tante, obèse, aurait présenté de l'éléphantiasis des jambes. A eu à 30 ans, un rhumatisme articulaire aigu qui dura 1 mois ; 9 enfants ; jusqu'à 35 ans, de corpulence moyenne ; a engraissé depuis ; aujourd'hui les jambes sont énormes. Elles n'augmentaient d'abord qu'après une station debout prolongée, et revenaient à leur état normal par le repos au lit. Jamais de varices. Peu à peu cette tuméfaction intermittente devient permanente.

Pendant cette évolution, *aucun accès éléphantiasique, aucune atteinte d'érysipèle, ou de lymphangite.* Le début lent et insidieux peut se rapporter à l'année 1883.

En 1890, à la suite d'application de cataplasmes, une petite ulcération se forma à chaque jambe, qui laissa couler le même jour 2 litres de liquide clair, aqueux, ne tachant pas le linge. La cicatrisation se fit en 5 semaines.

Le 1er mai 1893, à la suite d'une éraflure à la jambe droite, nouvelle lymphorrée de 2 litres. Le lendemain même phénomène à gauche. Tandis qu'à droite l'orifice de sortie du liquide se fermait simplement, à gauche il s'agrandissait, et arrivait à former une ulcération grande comme la paume de la main, à fond et à bords grisâtres, suppurante. Au-dessus de cette plaie gangréneuse, se formait une phlyctène noirâtre, grosse comme une petite orange, et qui est incisée. En ce point il ne reste plus aujourd'hui qu'une macule rougeâtre.

Les deux jambes, énormes, mesurent 53 centimètres de tour à droite, 56 à gauche. Peau, tissu cellulaire sous-cutané, parties molles ne semblent faire qu'un tout. La peau, assez souple cependant, a conservé son grain et sa couleur normale. Très épaissie, mais sans bosselures ; aucune altération de la sensibilité.

Un sillon considérable sépare le pied de la jambe, qui retombe sur celui-là en « pantalon de zouave ».

Les cuisses hypertrophiées mesurent, en circonférence : à droite 64 centimètres, à gauche 70 centimètres.

Aux bras l'obésité n'est pas pathologique.

Aucun engorgement ganglionnaire ; seins et organes génitaux normaux.

Etat général satisfaisant.

L'examen du sang et de la lymphe n'a pas donné de filaire.

On ne peut se défendre d'établir une analogie entre ces éléphantiasis à varices lymphatiques et lymphorrée, avec ou sans masses ganglionnaires, se développant de haut en bas, et les tuméfactions diffuses dues aux combinaisons diverses d'ectasies lymphatiques tronculaires et réticulaires (profondes et superficielles) et d'adéno-lymphocèles, décrites par Demarquay (1), Thilesen (2), Th. Anger (3), Verneuil (4), Odénius de Lund (5), Chipault (6), Bessio (7), etc.

La pathogénie de ces faits est obscure, et la physiologie expérimentale est pauvre en expériences susceptibles de l'éclairer. Monro, Dupuytren, lient le canal thoracique sans produire d'anasarque ; Th. Anger (8) pratiquant sur des chiens la même opération, ou liant tous les lymphatiques efférents des ganglions inguinaux obtient des ectasies limitées qui disparaissent en quelques jours. — Colin (9) a vu après la ligature du canal thoracique ou de toutes ses branches afférentes, sur des ruminants, apparaître dans les médiastins et le mé-

(1) Recherches sur la lymphorragie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques (*Mémoir. Soc. chir.*, 1853, p. 139).

(2) Ein Fall von Lymphangiect. *Güntzburg Zeitschr. f. klin. Med.*, 1856. Bd. VII, p. 447.

(3) *Des adéno-lymphocèles.* Th. Paris, 1865.

(4) Eléphantiasis du scrotum. *Bull. Soc. chir.*, 1867, p. 313.

(5) Pachydermia lymphorragica. *Nord. med. Ark.*, 1879, VI, 2, n° 13.

(6) Un cas de varices lymphatiques du derme. *Bull. Soc. anat.*, octobre 1888.

(7) Bessio, *Des adéno-lymphocèles.* Th. Paris, 1895.

(8) *Des adéno-lymphocèles.* Th. Paris, 1865.

(9) *Bull. Acad. méd.*, décembre 1879, Colin.

sentère d'énormes infiltrations. Il y a loin de ces troubles inconstants et éphémères à l'éléphantiasis.

Dans un travail récent, M. Boddaert (1) expose le résultat de ses recherches sur le lapin : l'œdème lymphatique peut naître à la suite de la ligature d'un seul tronc lymphatique (le tronc superficiel accolé à la jugulaire externe par exemple) pourvu que celui-ci soit assez considérable et qu'il recueille par ses branches radiculaires une grande quantité de lymphe.

L'infiltration œdémateuse se produit d'abord et surtout autour du vaisseau lié, en amont de la ligature, et non pas aux origines du système lymphatique. Il s'agit d'une transsudation de la lymphe à travers les parois des gros vaisseaux. M. Boddaert introduisant dans la circulation lymphatique de la fluorescéine, en solution alcaline concentrée, a pu suivre l'évolution de la sérosité œdémateuse. « La masse de lymphe colorée constituée par la réunion des divers courants secondaires continue à se diriger vers le vaisseau obstrué. Une poussée latérale énergique se produit et provoque la sortie de la partie liquide ; celle-ci en s'épanchant dans les tissus voisins garde sa coloration. Ce passage de la lymphe à travers la paroi est particulièrement marqué là où les obstacles sont le plus considérables. En amont de la ligature et plus haut dans le voisinage des masses ganglionnaires, tout autour des vaisseaux afférents. A mesure qu'on remonte vers les parties radiculaires ces conditions changent : des anastomoses s'établissent, la pression sur la face interne de la paroi devient de plus en plus faible et l'œdème se trouve ainsi limité à une certaine distance des origines du système lymphatique correspondant. Une partie de la sérosité qui transsude est résorbée ; l'œdème d'abord jaunâtre ou verdâtre finit par devenir incolore, quand la source de coloration se trouve en quelque sorte épuisée ». De ces faits on peut induire que l'œdème sera d'autant plus considérable, que l'obstruction des voies lymphatiques, quelle qu'en soit la nature (mécanique ou inflammatoire), sera elle-même plus étendue. La persistance de cette obstruction d'une part, l'insuffisance des

(1) Recherches sur la localisation et le mode de développement de l'œdème lymphatique. *Acad. méd. Belgique*, 28 septembre 1895.

voies collatérales d'autre part, sont sans doute les deux principaux facteurs qui favorisent l'organisation de l'exsudat et sa transformation éléphantiasique.

Quelques faits anatomo-pathologiques plaident en faveur de cette pathogénie : tandis que des oblitérations du canal thoracique chez l'homme, par thromboses inflammatoires, dépôts calcaires, compressions, etc. (Bichat, Andral, Laennec, Virchow, Oppolzer, etc.) n'étaient suivies d'aucun œdème, celui-ci se montrait tantôt sous forme d'anasarque généralisé, chez un veau mort-né, par thrombose du canal thoracique (Virchow) (1) ; tantôt sous forme d'œdème des membres inférieurs à la suite de suppuration des ganglions inguinaux (Rigler) (2) ; tantôt avec les allures d'une phlegmatia alba dolens, consécutif à une adénite inguinale droite suppurée, due elle-même à une salpingite (Cornil) (3).

Nous avons observé, chez un homme, exempt de filariose, un cas d'éléphantiasis dont l'histoire jette quelque lumière sur la pathogénie de cette intéressante question. Cet homme vit apparaître un œdème lymphatique des bourses, chronique, indolent, progressif, peu à peu induré, avec œdème intermittent des membres inférieurs, consécutif à deux adénites suppurées et volumineuses, simultanément développées dans les deux fosses iliaques, méthodiquement incisées et extirpées. Que la stase et l'œdème aient été ici le résultat d'une destruction suppurative du système lymphatique iliaque, aboutissant des canaux de la peau des bourses, ou l'œuvre d'une adéno-lymphite oblitérante par infection secondaire, il n'en ressort pas moins que l'entrave circulatoire fut le seul facteur des accidents ultérieurs. Ce cas peut être comparé à ceux que nous signalons plus haut de Rigler et de Cornil.

Observation XXV (personnelle). — *Eléphantiasis du scrotum et de la verge, consécutif à une adénite suppurée des ganglions de la fosse iliaque qui furent extirpés.*

Mar... Maurice, cocher, 43 ans, entre le 10 août 1895 à l'hôpital St-Louis,

(1) Wirchow. Article Wassersucht. *Handbuch der spec. Path. und. Therapie*, 1854.
(2) Rigler. *Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aertze zu Wien*, 1855.
(3) Cornil. *Soc. anatom.*, 1873.

salle St-Louis, lit n° 38, dans le service de M. le professeur Fournier, suppléé par M. le Dr Gaucher.

Antécédents héréditaires. — Père mort des suites d'une pleurésie à l'âge de 45 ans. Bien portant jusqu'alors; mère morte à 60 ans, de « vieillesse » ; 5 frères et sœurs en bonne santé. Le malade avait 4 ans quand il perdit son père.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1882. Le malade, originaire de Savoie, vint à Paris en 1880; jusque-là d'une bonne santé, contracta la syphilis 15 jours après son arrivée. Cette syphilis, traitée dès le début, à intermittences régulières, ne s'est jamais traduite par des accidents graves ; elle s'est bornée au chancre, à quelques plaques muqueuses, à de l'adénite cervicale, à de l'alopécie définitive.

Depuis l'âge de 19 ans, le sujet s'adonne à des excès de boissons (absinthe, vin, liqueurs, etc.), il a quelques pituites le matin ; sa santé générale ne paraît pas souffrir de cette intempérance. L'appétit a toujours été bon, les selles régulières ; jamais de bronchites, de toux, ni d'hémoptysies. Un peu d'emphysème à la base des poumons ; l'haleine est un peu courte, quand il monte un escalier ; le cœur et les artères sont sains ; il urine peu malgré la grande quantité de boissons absorbées. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines. Cet homme est robuste ; depuis 1880, il a beaucoup engraissé. Depuis un an n'a plus d'érections.

En 1893, 13 ans après le début de sa syphilis, son ventre augmente de volume ; il éprouve des douleurs dans les flancs. Admis à l'hôpital Saint-Antoine, il est opéré le 25 juillet 1893 par M. le Dr Monod. Deux incisions sont pratiquées, l'une à droite de 9 centimètres, l'autre à gauche de 22 centimètres, parallèlement à l'Arcade de Fallope, au niveau de masses pâteuses qui saillaient à ce niveau. Une quantité considérable de pus s'est écoulée : la masse ganglionnaire fut extirpée. Le diagnostic alors porté était « adénites inguinales, tuberculeuses, suppurées ». La plaie suppura pendant un mois. La cicatrisation était complète, 2 mois 1/2 après.

Le malade vaquait à ses occupations depuis 6 mois lorsqu'il s'aperçut que la verge se tuméfiait, et peu après la peau des bourses. Cette tuméfaction d'abord mollasse, transparente, gélatiniforme, intermittente, plus accentuée le soir, augmenta progressivement si bien qu'en 1894, elle s'était installée définitivement, et les téguments hypertrophiés avaient acquis une consistance dure. L'infiltration œdémateuse envahissant tout le prépuce formait un énorme bourrelet qui dépassait et recouvrait le gland. Le tuméfaction indolente, gênante par son poids et son volume uniquement, subit des alternatives de régression et d'hypertrophie. Elle est beaucoup plus volumineuse et plus dure quand le malade a gardé longtemps de suite la position assise qu'exige sa profession de cocher. Elle augmente par la station debout prolongée sur place. Elle diminue au contraire par les mouvements réguliers de la marche, et pendant le repos nocturne. A aucune période de son affec-

tion notre homme n'a observé de poussées inflammatoires rouges et douloureuses, rappelant la lymphangite et l'érysipèle.

De plus, depuis l'opération, les jambes sont le siège d'un œdème blanc, mou, intermittent, procédant par véritables crises indolentes ; pendant plusieurs jours consécutifs les jambes, les régions périmalléolaires et les pieds sont tuméfiés, surtout le soir. Le malade se met au repos, se purge, plusieurs fois de suite, l'œdème disparaît pour reparaître une quinzaine de jours après, et le cycle recommence. La jambe droite est sillonnée de grosses varices qui datent d'une quinzaine d'années.

Localement nous observons les déformations suivantes :

Le scrotum forme une grosse masse, d'aspect grenu ; à rides très accentuées. La peau est de couleur normale. Les dimensions sont en hauteur de 22 centimètres, en circonférence 37 centimètres à la racine des bourses, 43 centimètres à leur partie inférieure. La consistance est celle de l'œdème lymphatique élastique, ne gardant pas l'empreinte du doigt. Peau et tissu sous-cutané, infiltrés, forment une lame résistante qui s'oppose à l'exploration des testicules. L'altération des téguments est uniforme sur toute la surface du scrotum. Le malade s'étant piqué accidentellement il y a quelques jours, du sang mélangé de sérosité a coulé. Notons que jamais aucun suintement lymphorréique ne s'est produit jusqu'ici ; le pénis est augmenté de volume et déformé : sa circonférence est de 18 centimètres à sa racine et de 15 centimètres à son extrémité ; sa longueur est de 11 centimètres. C'est un véritable boudin, contourné sur lui-même, pâteux, élastique, de coloration pâle, verruqueux à sa base. Le méat a disparu sous la tuméfaction considérable du prépuce derrière lequel s'accumule après la miction de l'urine qui s'échappe ensuite goutte à goutte. En somme ce malade offre aux parties génitales, les altérations les plus typiques de l'éléphantiasis « lymphoscrotum ».

Ce n'est donc pas dans l'arrêt brusque de la circulation lymphatique, mais dans l'oblitération mécanique progressive des conduits, qu'il faut chercher la raison de la maladie variqueuse des lymphatiques et de l'œdème lymphatique chronique.

Le processus anatomique, à marche extensive et centrifuge (varices sous-aponévrotiques, varices cylindroïdes, sus-aponévrotiques, varices dermiques avec ou sans œdème) nous est connu, mais le processus pathologique, sa nature et son mécanisme nous échappent (Verneuil).

L'histoire des lymphangites chroniques n'est encore étayée que sur des documents rudimentaires (Lejars) (1). Leur con-

(1) *Traité de chirurgie*. Duplay-Reclus, Article Lymphangiectasie.

naissance ne peut qu'avancer la solution du problème. Deux observations de M. Achalme montrent que le streptocoque peut produire une dermite chronique d'emblée, et que la présence de ce microbe dans les vaisseaux lymphatiques est susceptible de ne s'accompagner d'aucune réaction organique soit vaso-motrice, soit cellulaire (1).

Observation XXVI. — Dr Achalme.

Femme n'ayant jamais eu d'érysipèle ; portait à la partie postérieure du mollet gauche une plaque dure, peu douloureuse, large comme deux fois la panme de la main, et qui intéressait la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La coloration et l'aspect de la peau étaient normaux ; mais de cette plaque partaient des cordons durs et noueux, lymphatiques, chroniquement enflammés ; les ganglions inguinaux étaient tuméfiés. Le sang, recueilli par scarification sur la plaque, donne des cultures pures de streptocoques.

Observation XXVII. — Dr Achalme.

Femme atteinte d'un vaste érysipèle (face et dos), néphrite infectieuse mortelle. Dix jours avant la mort œdème superficiel du sein, du bras gauche ; peau reste à ce niveau pâle et transparente, ne gardant pas l'empreinte du doigt ; bourrelet périphérique saillant. L'examen histologique montre les lésions de l'œdème lymphatique décrites par Renaut (tissus distendus par des cellules et la sérosité lymphatiques). Les lymphatiques superficiels absolument gorgés de streptocoques.

Si des examens positifs répétés, démontraient la réalité et la fréquence de ces lymphangites « froides » à streptocoques, suivies à longue échéance de l'éléphantiasis des régions infectées, l'étiologie de cette affection s'enrichirait d'une importante notion nouvelle.

Ces douleurs intermittentes qui, dans l'observation XXIII (Dr Besnier), laissaient après la crise une tuméfaction plus grande n'étaient-elles pas l'expression atténuée d'adénolymphites à streptocoques, profondes et progressivement oblitérantes ? Les suppurations, pelvienne (Cornil) ou ganglionnaire (Rigler, Follet) qui marquent le début de certaines lymphangiectasies éléphantiasiques, ne plaident-elles pas en faveur d'une semblable pathogénie ?

L'infection peut, on le sait, débuter par la racine d'un

(1) Th. de Paris.

membre et suivre une marche rétrograde. Les lymphangites rétrogrades, à marche subaiguë, ont été signalées par Roux. Alph. Guérin, Terrillon. M. Brault (1) en publiait cette année une intéressante observation :

Observation XXVIII. — Dr Brault.

S..., 28 ans, soldat au 2e régiment de la légion étrangère.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade avant de séjourner en Extrême-Orient ; a séjourné en Algérie et au Tonkin où il subit la dysenterie et les fièvres intermittentes. Anémie profonde. Rapatriement; peu de temps après dans le service de M. Brault, présente une adénite axillaire droite et quelques traînées lymphangitiques à la face interne du bras qui est légèrement tuméfié et douloureux. Pas de porte d'entrée appréciable ; quelques jours après l'adénite disparaît, les traînées et la tuméfaction du bras s'effacent ; l'avant-bras augmente de volume, se marbre ; puis c'est le tour de la main. Le processus dure 8 jours, et vient se terminer à la face interne de l'index sous forme d'une plaque rouge, indurée et surélevée, aucune espèce de douleur spontanée ; 5 jours après le début de l'adénite droite, phénomènes identiques du côté gauche ; de ce côté les reliquats de l'affection, qui a évolué de la même façon, persistent aux doigts une quinzaine de jours. Pas de symptômes généraux ; cette affection à marche turpide, n'était pas d'origine filarienne.

Reste l'hypothèse de l'obstruction par la filaire des vaisseaux lymphatiques ; de leur dilatation, avec ou sans lymphorrhée suivant le degré de résistance des canalicules lymphatiques ; et du processus inflammatoire secondaire aboutissant en dernier terme à l'induration et à l'épaississement de la peau. Complétant et développant les études de leurs prédécesseurs Demarquay et Wücherer, sur la filariose, Lewis et Manson (2) ont été les défenseurs autorisés de cette ingénieuse théorie dont la fortune fut rapide. Mais des protestations ne tardèrent pas à s'élever contre un tel exclusivisme [Sonsino, Viera de Mello, Valter Innes (3)] et M. Lance-

(1) *Société Dermat.*, 10 janvier 1895.

(2) Lewis, Calcutta, 1874. Patrik Manson, The metamorphosis of Filaria sanguinis hominis in the mosquito. Hong-Hong, 1877, in *Archiv. med. navale*, nov. 1884 (traduct. Calmette).

(3) Sonsino, *Gaz. med. Bahia*, 1883 (p. 177 et 228). (Filaria, lymphocele, lymphuria e autras affeiçaos concomitantes). — Viera de Mello, Rio Janeiro, 1884 (Da Elephancia a de seu tratamento pelo electricidade). — Innes, *The Lancet* 1884, p. 1128 (A case of chylurie, caused by Bacilli with cultivation-experiments).

reaux (1) traduisant l'opinion générale s'exprimait bientôt en ces termes : « On pourra reconnaître sans doute que bien des cas d'éléphantiasis appartiennent à la filariose ; bien des faits plaident en faveur de cette hypothèse... pour Manson et d'autres certaines variétés d'éléphantiasis sont imputables à la filariose. Il ne faut pas s'empresser de conclure que c'est là l'unique cause des affections désignées sous ce nom, mais le fait est certain pour quelques-unes des variétés d'éléphantiasis ». Les trois sujets en puissance de filariose qui firent l'objet de la clinique de M. Lancereaux, étaient atteints d'adéno-lymphocèles de volume médiocre, mais non pas d'éléphantiasis véritables. L'infection de l'économie par la *filaria sanguinis hominis* de Lewis coïncide avec un ensemble de symptômes rarement réunis (chylurie, hématuries, ascite chyliforme, épanchements chyleux de la plèvre, varices lymphatiques, hydrocèle chyleuse, abcès lymphatique, hypertrophie éléphantiasique, etc.) au nombre desquels ce dernier est un des plus inconstants. Son apparition est loin d'être fatale.

D'autre part, toutes les formes d'adéno-lymphites peuvent se développer en dehors du parasite : à ce point de vue, les recherches de Zur Nieden (2) dans un cas, de M. Chipault dans 3 cas (3), sont positives.

Jusqu'à plus ample informé, cette question de l'existence d'un éléphantiasis à filaires, sur laquelle plane encore l'incertitude, est contenue tout entière dans les deux propositions suivantes de M. le Dr Besnier (4) :

1° Ou bien la filaire n'est qu'une des causes, la plus fréquente, si l'on veut, dans certaines contrées de l'éléphantiasis ; — elle agit sans spécificité à la manière des irritants ordinaires.

2° Ou bien la filaire n'est qu'une coïncidence favorisée, dans sa production et dans son développement, par un éléphantiasis préexistant.

La filariose provoquerait les pachydermies froides, les va-

(1) *Sem. méd.*, 1888, p. 333. Clinique médicale de la Pitié : la filariose.

(2) Ueber ein Fall von Lymphangiectasie mit Lymphorrhagie. *Archiv. f. anat. Path.* Berlin, 1882, XC.

(3) Deux cas d'adéno-lymphocèle, *France méd.*, juin-juillet 1888. Varices lymphat. du derme, *Archiv. gén. méd.*, mai-juin 1889.

(4) Kaposi et Besnier, *Traité des mal. de la peau*, t. II.

rices lymphatiques, le lympho-scrotum (1). Dans nombre de cas avec poussées érysipélateuses et lymphangitiques, et qui lui sont attribués, ne devons-nous pas voir plutôt l'intervention d'une infection streptococcique primitive, ou au moins surajoutée. Prenons au hasard 2 observations, l'une de Mauson, l'autre de Cégan (2).

Observation XXIX.

Beck, fermier à Kaabor, lympho-scrotum depuis 8 ans ; incessantes poussées érysipélateuses. A la cuisse gauche, masses éléphantiasiques antéro-postérieures. Ganglions inguinaux enflammés et variqueux, d'où l'on retire une lymphe laiteuse contenant de nombreuses filaires.

Observation XXX.

Mustapha, 36 ans, cultivateur. L'affection date de 15 ans. Depuis elle a évolué sans plaie originelle par poussées inflammatoires répétées laissant chaque fois après elles une hypertrophie plus notable des bourses. Aujourd'hui engorgement énorme inguinal double ; le scrotum éléphantiasique a 83 centimètres de circonférence. En arrière se trouvent des cordons lymphatiques indurés. Filaires en abondance.

Ces deux auteurs conclurent à l'origine filarienne. Ils ne firent pas la recherche du streptocoque. Leur conclusion est-elle bien légitime ?

On sait d'ailleurs que l'évolution des adéno-lymphocèles, qui sont considérés comme pouvant faire partie du cortège symptomatique de la filariose (3), est fréquemment traversée par des inflammations circonscrites ou généralisées (4). Les premières restant limitées aux ganglions atteints, durant 10-15 jours, se terminant par la guérison ; les secondes généralisées, lymphangites infectieuses, enlevant le malade en quelques jours, avec une fièvre de plus de 40°, des phénomènes ataxo-adynamiques.

Dans certains cas, où il n'est pas question de filariose, l'adéno-lymphocèle est manifestement consécutif à une infec-

(1) Barth, Rapp. de l'éléphantiasis (lympho-scrotum) avec la filariose. Rev. génér. *Annal. Dermat.*, p. 546-677, 1881.

(2) *Eléphant. exotique. Ses rapports avec la filaire du sang*, mai 1894, thèse Paris.

(3) *Loco citato.*

(4) Mazaé-Azéma, *De la lymphangite endémique des pays chauds*, fascic. 2, St-Denis (Réunion), 1879.

tion lymphatique, suppurative ou non, et suivie sans doute d'oblitérations permanentes :

Observation XXXI. — D'Astros, *Marseille médical*, 1879, p. 657.

Ch. Hartevaut, marin, 19 ans ; de la Réunion : entre le 23 avril 1879 à l'hôpital. Depuis l'âge de 6 ans a des glandes au cou.

Dans sa première enfance a eu un abcès dans l'aine ; à 10 ans un phlegmon diffus du bras et de l'avant-bras droit.

Depuis cette époque, il a tous les ans, une poussée inflammatoire dans les aines ; et ces poussées, qui durent 3 semaines, se terminent parfois par des abcès. Or les 2 triangles de Scarpa sont le siège de tuméfactions mollasses, bosselées, descendant sur la face interne de la cuisse, et empiétant sur les fosses iliaques.

Streptocoques et filaires, qui peut-être agissent quelquefois de concert, contribuent donc au processus éléphantiasique. Mais l'influence du streptocoque est seule solidement établie.

Dans une clinique récente, non encore publiée, M. le Docteur Gaucher résumait la question. Nous ne saurions mieux faire, en matière de conclusion, que de reproduire ici la note, qu'il a eu l'extrême amabilité de nous communiquer à ce sujet (1) : « L'éléphantiasis est l'exagération de l'œdème lymphatique ; il n'a pas une cause pathologique univoque ; il peut être consécutif à toutes celles qui amènent un trouble dans la circulation lymphatique. Les lymphangites, les érysipèles à répétition, agissent par la production de l'œdème lymphatique de la même façon que la filariose. Que le parasite soit le streptocoque, ou la filaire, c'est en lésant les vaisseaux ou les ganglions lymphatiques, en apportant un obstacle à la circulation de la lymphe, que ces agents morbides déterminent d'abord l'œdème lymphatique, puis la prolifération embryonnaire périvasculaire, et enfin l'hyperplasie conjonctive qui caractérise l'éléphantiasis des Arabes. L'observation XXV est une nouvelle preuve à l'appui de cette théorie, et montre bien que l'éléphantiasis reconnaît toujours une gêne de la circulation lymphatique, quel que soit le mécanisme par lequel cette gêne circulatoire soit produite ».

(1) Communication orale, septembre 1895.

CHAPITRE II

Pathogénie de quelques états éléphantiasiques.

§ 1. — L'ÉLÉPHANTIASIS ET L'ŒDÈME VEINEUX.

Toute gêne de la circulation veineuse suffisamment prononcée, peut devenir hydropigène, et déterminer l'éléphantiasis des régions atteintes.

Dès 1680, Richard Lower démontrait que : 1° la ligature de la veine cave inférieure était suivie d'un épanchement de sérosité dans l'abdomen ; 2° la ligature des veines jugulaires chez le chien, amenait un gonflement œdémateux de toutes les parties situées en amont, en même temps qu'un flux de larmes et de salive (1).

Haller (2) rassemble quelques faits d'œdème expérimental par ligature veineuse ; ou pathologique, chez l'homme, à la suite de compression des veines par tumeurs.

Mais ce n'est qu'en 1823, que Bouillaud, établissant d'une façon générale, de par l'observation clinique et l'anatomie pathologique, l'existence d'un œdème lié à l'oblitération veineuse, déclara que dans certains cas l'éléphantiasis peut être rattaché à ce mécanisme (3).

A côté des mémorables expériences de M. Ranvier (4), qui mettent en relief l'influence des troubles vaso-moteurs sur l'apparition des œdèmes, nous rappellerons celles de Vulpian et de Colin. Le premier (5) vit l'œdème se montrer plusieurs fois, non constamment, à la suite d'une simple ligature de la veine crurale, ou de la veine cave inférieure, sans l'inter-

(1) *Tractatus de corde. Item de motu et colore sanguinis et chyli in eum transitu* (Londini, 1680).

(2) *Elementa physiologiæ* (Lausannæ, 1767).

(3) Eléphantiasis des Arabes par obstacle à la circulation veineuse, *Archiv. méd.*, p. 368.

(4) V. page 51.

(5) *Leçons sur les vaso-moteurs*, 1875.

vention d'aucune autre cause ; le second (1) conclut de ses recherches que : 1° si l'on a soin de prendre certaines précautions expérimentales, un obstacle au cours du sang veineux suffit à produire l'œdème ; 2° la ligature des veines, associée à la section des nerfs, n'aurait pas d'effets plus prononcés que la ligature seule.

L'œdème apparaîtra d'autant mieux que la voie des collatérales, souvent aussi large que la voie directe (Sappey), sera fermée sur une plus grande longueur. MM. Straus et Duval, après avoir constaté, à l'exemple de M. Ranvier, qu'une simple ligature de la veine cave inférieure ne produit aucun résultat, lient la veine crurale, voient apparaître dans le membre correspondant une infiltration considérable : « La circulation collatérale a bien réussi à neutraliser les effets d'une ligature, mais elle ne peut surmonter un double obstacle » (Straus).

C'est ainsi que dans les phlébites, la richesse de cette circulation collatérale sera subordonnée aux multiples variations anatomiques individuelles et à l'étendue de la thrombose oblitérante.

Mais l'entrave circulatoire mécanique déterminée par le thrombus et ses rameaux, n'est sans doute pas, comme le pensait M. Troisier (2), la cause unique de l'œdème phlébitique ; sa pathogénie, d'après les travaux récents, est complexe : « L'irritation commence par le système veineux, se propage et se perpétue par le système nerveux ; la participation des vasa vasorum aux altérations phlébitiques, nous permet de penser que celle des vasa nervorum à ces mêmes altérations, n'est pas une hypothèse gratuite (3) ». Dès lors, à l'œdème par stase dans les gros troncs veineux, viendrait s'associer un œdème vaso-moteur d'origine nerveuse, dont la contribution, dans les formes chroniques, serait d'autant plus importante que les névrites par propagation seraient plus diffuses et plus invétérées. L'hypertension capillaire ainsi

(1) Recherches expérimentales sur le mode de développement des infiltrations et hydropisies passives. *Bull. Acad. méd.*, 23 décembre 1879.

(2) Thèse d'agrégation, 1880.

(3) Dr Vaquez, *Gaz. heb.*, 1892, p. 392.

réalisée, augmente dans les tissus l'exhalation d'une sérosité dont la stase veineuse diminue l'absorption.

Ces considérations trouvent en clinique d'intéressantes applications.

A la suite de certaines phlébites, l'augmentation de volume des membres n'offre aucune tendance à la résolution. C'est souvent par mois qu'il faut compter la durée de cette période ; chez quelques femmes on observe encore de l'œdème un an ou plusieurs années après la maladie. On a remarqué fort souvent que cet œdème tardif augmente régulièrement à chaque période menstruelle pour diminuer ensuite. Les femmes qui ont conservé cet œdème prolongé ne sont plus malades ; mais elles gardent des troubles fonctionnels du membre et sont astreintes à des précautions et du repos (Poullet et Delore) (1).

« A la suite des phlébites, nous dit M. Vaquez (2), il y a un œdème qui se constitue lentement, et qui, parti du tissu cellulaire sous-cutané, envahit les couches profondes du derme. C'est alors que l'on voit, quelques années après la phlébite, apparaître une hypertrophie du membre atteint, en un mot *un véritable éléphantiasis*. La peau est dure et présente l'aspect de la peau d'orange. Parfois il y a production exagérée des poils ; les couches superficielles se détachent difficilement des parties profondes, et la sensibilité cutanée est obtuse. Il n'est pas rare en pareil cas d'avoir vu des varices consécutives à la phlébite.... » Plusieurs auteurs nous signalent en effet cette variété de varices : Arnozan en rapporte une observation (3). De Brun (4) raconte l'histoire d'une malade atteinte en 1880 de phlegmatia alba dolens, et qui présentait 4 années plus tard, au membre correspondant, une circulation veineuse extrêmement développée, offrant à la racine de la cuisse la disposition d'une tête de méduse, et ressemblant sur ce point à un paquet de sangsues.

Méheu (5) en publie un cas ; Maringo (6) signale, à la suite

(1) Phlegmatia des nouvelles accouchées. *Dict. Dech.*, 1887.
(2) *Loco citato*, 1892.
(3) *Journ. méd. Bordeaux*, XI (1881-82).
(4) Thèse de Paris, 1884.
(5) *Récidives des phlébites*. Thèse de Paris, 1893.
(6) Th. de Paris, 1893.

d'une phlébite totale de la jambe gauche, l'apparition à quelques années de là, de varices d'une très grande richesse, s'étendant du mollet à l'arcade de Fallope, et surtout marquées à la face interne du membre.

Nous avons traité pendant quelques semaines, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, une femme dont voici l'histoire ; nous n'avons pu recueillir l'observation, la malade ayant brusquement cessé de revenir nous voir :

Observation XXXII.

Femme de 30 ans environ ; bonne chez un marchand de vin. Accouchée en janvier 1895 ; phlébite de la cuisse droite à la suite de ses couches ; levée quelques semaines plus tard, n'a pas cessé depuis de faire son ouvrage ; mais le membre droit, la jambe surtout, ont un volume considérable ; maximum le soir. Le membre gauche est normal. Nous constatons, en juin 1895, un œdème de la jambe, indolent à la pression, assez dur pour que le doigt n'y laisse que difficilement son empreinte. La malade souffre constamment, mais ses souffrances sont supportables. Le soir la jambe forme un bourrelet au-dessus de la bottine. Le matin, il a disparu ; cependant la jambe garde un volume anormal.

Cette observation, quoique très incomplète, est un exemple fort net de ces œdèmes rebelles consécutifs aux phlébites, et qui s'acheminent lentement vers l'œdème éléphantiasique. Leur histoire n'est encore qu'ébauchée. Nous nous bornerons faute de documents à cette étude sommaire.

§ 2. — L'éléphantiasis et les œdèmes névropathiques.

Les troubles les plus divers du système nerveux, par un mécanisme encore incertain, provoquent une série d'altérations de la peau et de l'hypoderme, qui donnent à la région atteinte l'aspect et les caractères de l'éléphantiasis.

Cliniquement ce sont tantôt des œdèmes passant à la chronicité après une période inconstante d'intermittences, tantôt des tuméfactions dures d'emblée, à développement lent ou rapide de la peau et des plans sous-jacents.

A leur égard, nous n'avons point de documents anatomo-

pathologiques. Les lésions sont-elles celles de l'œdème chronique vulgaire? S'agit-il parfois de lipomatoses diffuses primitives? En faveur de ces deux hypothèses qui renferment sans doute chacune leur part de vérité, militent des arguments que nous exposerons bientôt.

Ces déformations ont une physionomie qui leur est toute particulière, et qui se dégage d'un certain nombre de caractères tirés de leur évolution clinique.

La difformité ressemble à s'y méprendre, à un examen superficiel, à celle de l'éléphantiasis classique : volume énorme, bourrelets saillants limités par des sillons. Son siège de prédilection est également le membre inférieur ; elle offre une tendance marquée à la symétrie. Les parties génitales sont toujours respectées.

Les téguments ne présentent aucune solution de continuité ; la coloration de la peau est normale ; et sa surface, dépourvue de verrucosités, reste constamment lisse.

Le début varie : tantôt la tuméfaction est dure et résistante dès son apparition ; ces cas sont du domaine de la pseudo-lipomateuse (Obs. XLI, XLII, XLIII) ; tantôt elle procède par poussées œdémateuses ; ces œdèmes récidivants, mous et dépressibles à l'origine, comme un œdème veineux, peuvent apparaître brusquement à la suite d'une marche excessive, d'un rhumatisme, d'une névralgie (Obs. XXXIV, XXXV, XXXVII, XXXVIII), mais parfois, ils s'installent progressivement, subissent des exacerbations au cours desquelles il est impossible de relever trace de phénomènes inflammatoires. Tel est le malade de notre observation XLIV.

La marche de l'affection est également variable et capricieuse. Même très indurées, ces intumescences ne semblent pas définitives. Il en est qui disparaissent spontanément (Obs. XL), d'autres dont les proportions décroissent graduellement, soit sans intervention, soit grâce à une compression méthodique et à des manipulations journalières (Obs. XXXIII, XXV). La masse éléphantiasique devient mollasse, perd sa ferme consistance, et la peau qui l'enveloppe adhère moins intimement aux parties profondes, comme si deux éléments constituaient cette masse, l'un définitivement organisé, so-

lide et irréductible, l'autre exsudat liquide et cellulaire, susceptible d'une complète résorption.

Ces considérations nous semblent justifiées par l'analyse des observations suivantes :

Observation XXXIII (personnelle). — *Eléphantiasis névropathique consécutif à des poussées d'œdème angio-neurotique* (1).

Mlle G..., 42 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 79 ans de congestion pulmonaire ; sobre et rangé, sujet pendant sa vie à des fluxions de poitrine. Mère morte hémiplégique à 64 ans ; paralysée depuis 8 ans. N'avait jamais été malade. Etait nerveuse, irritable ; n'avait jamais eu de crises.

Dix enfants, dont un très alcoolique, mort à 50 ans de méningite ? un second mort à 46 ans de congestion pulmonaire, un troisième mort à 15 ans de fièvre typhoïde.

Les autres en bonne santé ; parmi ces derniers, l'un a eu à 14 ans une fièvre muqueuse, l'autre est obèse.

Antécédents personnels. — Scarlatine, rougeole, fluxion de poitrine avant l'âge de 8 ans. N'a jamais eu ni lymphangite, ni érysipèle.

Depuis l'âge de 8 ans jusqu'à 16 ans : fut réglée à 13 ans 1/2. Elle est sujette depuis à des aménorrhées dont la durée est de plusieurs mois ; particulièrement à la suite d'émotions, ses règles se suspendent. Leucorrhée de temps en temps.

A 16 ans : fièvre typhoïde qui dura 15 jours. Deux mois de convalescence. Au cours de la maladie douleurs dans les jambes qui se prolongèrent pendant toute la convalescence.

A 20 ans, entre comme caissière dans une boulangerie ; elle était debout et piétinait sur place toute la journée ; elle y resta jusqu'à 27 ans. Pendant cette période de son existence, sujette aux faiblesses, à des pertes de connaissance, à de l'inappétence continuelle. A de fréquentes reprises, presque chaque jour, fut profondément impressionnée par les scènes violentes qui survenaient entre son patron alcoolique incorrigible, et sa femme.

A la suite de la mort de sa mère, souffrit alors de violentes névralgies cervicales.

A la même époque (1878) pour la première fois, s'aperçut que ses deux jambes augmentaient de volume, tandis que les pieds conservaient leur aspect normal. Cette enflure persista plusieurs mois et disparut complètement. La malade fut alors soignée pour néphrite ? Elle éprouvait des douleurs vives, irradiées à la face externe des hanches, et des cuisses jusqu'aux genoux. L'œdème en question gardait l'empreinte du doigt.

(1) Notre maître, M. le Dr Darier, voulut bien nous permettre d'étudier cette malade, et nous suggéra l'idée de ce chapitre.

Quelques mois après sa disparition, nouvel œdème qui dura longtemps, s'atténua sans disparaître, et augmenta ensuite considérablement sous l'influence d'une 3e poussée ; le tout dans l'espace de 2 ans. Les douleurs lombaires persistaient, mais très atténuées, très supportables. D'ailleurs depuis cette époque la malade souffre constamment des reins sans que cette souffrance l'empêche de vaquer à ses occupations.

La 3e poussée d'œdème fut suivie d'une persistance de la tuméfaction, qui s'accentua à la jambe droite, le pied gardant son volume normal ; tuméfaction rebelle qui résista à tout traitement.

A 27 ans retour de cette femme chez ses parents. Depuis lors elle est lingère et assise toute la journée.

Elle consulte M. le Dr Darier le 18 mars 1895 ; et voici le résultat de ce premier examen :

Jambe droite énorme, d'aspect éléphantiasique ; œdème dur, sans végétations, ni dilatation vasculaire, commençant au niveau de la cheville, formant en ce point un bourrelet « le pantalon de zouave » : pied absolument normal. L'œdème remonte en arrière jusqu'au niveau du pli fessier, en avant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ; en cette région et sur le ventre des vergetures ; la malade aurait eu le ventre volumineux. Pas de grossesse antérieure. Quelques ganglions dans l'aine. Les dimensions du membre sont : circonférence sus-malléolaire 32 centimètres ; au gras du mollet : 43 centimètres ; à 10 centimètres au-dessus de la rotule : 53 centimètres.

Œdème dur, mais peu accentué du membre inférieur gauche remontant jusqu'au genou.

Souffle anémique au cœur ; urines normales.

Pas de goître ; on sent très bien le corps thyroïde ; pas de sécheresse de la peau ; pas d'apathie intellectuelle ; cheveux normaux.

M. le Dr Darier soumet la malade au traitement suivant : compression ouatée journalière, et massage.

Nous observons la malade le 15 juin 1895 :

Elle nous confirme l'absence de toute inflammation, de rougeur des téguments, de fièvre au début de son enflure. Donc ni érysipèle, ni lymphangites initiales.

Excellent état général. Appétit capricieux. Constipation opiniâtre ; reste 6-8 jours sans aller à la selle, et cela depuis des années. Jamais de vomissements. Ne prend jamais de café, ni de liqueurs.

Sommeil léger. Dort environ 3-4 heures par nuit. Ne dort bien que lorsqu'elle a ses règles, ce qui dure 4 jours. Dort alors très lourdement 6-7 heures consécutives.

Caractère irritable ; colères faciles comme son frère. Emotivité facile. Ressent vivement les impressions, même de choses insignifiantes. Jamais de crises nerveuses.

Examen local : *Membre inférieur droit.* — Tuméfaction diffuse de la jambe, empiétant un peu sur les chevilles, et se continuant insensiblement sans bourrelet vers le pied qui a son volume normal, d'une part ; et d'autre part vers la cuisse, celle-ci offrant à sa partie postérieure

une zone d'infiltration œdémateuse, légèrement dépressible au doigt. Peau de couleur normale, fine, adhérente aux plans sous-jacents, ne peut se plisser.

Au palper : empâtement mollasse dans lequel le doigt ne laisse aucune empreinte. La peau n'est pas tendue, lisse, luisante. Elle n'est ni chaude ni froide et a conservé son grain. C'est une peau normale adhérente.

Membre inférieur gauche. — Infiltration œdémateuse de toute la jambe, de consistance élastique, ne gardant pas l'empreinte du doigt ; piqueté hémorrhagique à la partie antérieure et moyenne et à la face interne.

Depuis un mois, sous l'influence du traitement la difformité a très notablement rétrocédé, comme le montrent les mensurations actuelles (15 juin 1895) :

Circonférence du membre	droit	gauche
Sus-malléolaire	26 cent. 5	23 cent. 5
Au gras du mollet	34 »	32 » 3
Au-dessus de la jarretière . .	39 » 5	35 »
A 10 c. au-dessus de la rotule.	52 »	

Traitement suivi : repos horizontal ; compression avec la bande de caoutchouc ; douches journalières ; une séance de massage de 10 minutes chaque jour.

Il n'y a pas trace de varices aux membres.

Sensibilité normale : sensibilités de contact, à la température, à la douleur parfaitement nettes, sans exagération, ni diminution, ni retard.

Depuis longtemps la malade se plaint d'une sensation persistante de froid aux jambes, aux pieds, bien que ces parties ne soient pas objectivement refroidies. C'est avec la plus extrême difficulté, qu'elle fait disparaître cette sensation, même en été.

Réflexes rotuliens notablement exagérés.

Rien du côté des yeux.

Le cœur, les plèvres, les poumons en parfait état, rien d'anormal à la surface du corps.

L'examen des urines pratiqué à nouveau ne donne que des résultats négatifs.

La marche n'est gênée que par le volume du membre.

Le 20 juillet, de nouvelles mensurations donnent les résultats suivants : pas de modifications du côté gauche.

Du côté droit.	Circonférence sus-malléatoire	25 c. 5
—	— au-dessus du mollet	38 c. 5
—	— à 10 cent. au-dessus de la rotule	48 c.

Le même traitement a été suivi avec persévérance.

Observation XXXIV. — *Un cas d'éléphantiasis nostras névroptique, symétrique, du pied et de la jambe* (résumée) *consécutif à des poussées d'œdème* (Souques, *Nouvelle Iconographie Salpêtrière*, 1890, III, 6).

Bathilde B..., 50 ans, chemisière, entrée le 8 août 1882, salle Cruveilhier, à la Salpêtrière, service Charcot.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de bronchite chronique ; père obèse mort d'apoplexie à 49 ans ; un frère épileptique, un autre rhumatisant. Pas de tare familiale.

Antécédents personnels. — Rougeole à 14 ans ; variole à 25. Bien réglée.

A 30 ans en 1871, un jour, après une marche excessive, à travers champs, elle fut prise dans le pied droit de vives douleurs ; le pied enfla ; et cet œdème sans inflammation, ni rougeur, dura 3 mois. Depuis, à chaque marche forcée, crampes et douleurs dans la jambe et le pied.

En 1874, sciatique double ; nouvel œdème des pieds, blanc, douloureux, sans adénopathie inguinale, disparut en 2 mois ainsi que les douleurs.

En 1879, métrorrhagies dues à un fibrome utérin.

En 1880, sans cause connue, violentes douleurs dans les 2 pieds, et vagues douleurs rhumatismales aux poignets et aux épaules. Gonflement maximum à droite. Depuis le pied droit est resté œdématié ; cet œdème siégeait sur la face dorsale du pied sous forme de petite tumeur. Traitée à cette époque à Lariboisière par M. Bouchard par bains de vapeur et salicylate de soude.

En 1882 entre à la Salpêtrière. Depuis cette époque, sans nouvelle crise aiguë, l'œdème du pied droit s'est progressivement accru ; il a gagné peu à peu le cou-de-pied et la jambe correspondante. Du côté gauche le gonflement reste ébauché.

Etat actuel. — Augmentation de volume et déformation des pieds et de la moitié inférieure des jambes. Lésions bilatérales, symétriques et parfaitement localisées.

Membre inférieur droit : (Sont respectés : plante du pied, talon, bords intérieur et extérieur, et les orteils). Sur la face dorsale du pied, saillie énorme, surplombant le bord externe ; tumeur bien circonscrite à sa base d'implantation, et séparée en haut du cou-de-pied par un sillon profond répondant à l'articulation tibio-tarsienne. Jambe et cou-de-pied forment une série de bosselures, de lobes au niveau de l'articulation. La tuméfaction intéresse le mollet et immédiatement au-dessus va en s'atténuant peu à peu, sans atteindre le genou qui est tout à fait normal.

Au niveau des régions hypertrophiées, peau lisse, unie, sèche, glabre, luisante, de coloration normale, et de chaleur normale. Intimement unie au tissu cellulaire sous-cutané, ce qui en rend le glissement impossible. La moindre pression est douloureuse. Consistance ferme, élastique ; le doigt imprime un godet lent à disparaître. Pas de réseau

veineux superficiel, pas de varices. Pas de cordons ni de dilatations lymphatiques ; pas de troubles trophiques ; impotence absolue.

Membre inférieur gauche : lésions un peu moins accentuées calquées sur celles de l'autre membre. Etat général excellent ; rien aux viscères. Aucune trace d'inflammation ancienne, ni d'ulcérations aux membres.

Au niveau des régions œdématiées, douleur excessive à la pression, au plus petit mouvement qui arrache des cris. Depuis 8 ans, redoutant tout déplacement, tout examen, la malade garde l'immobilité. La douleur continue, est calmée par le repos, exacerbée par les temps d'orage.

Rien dans les urines : ni sucre ni albumine.

Examen négatif au point de vue de la filariose.

Observation XXXV —*Pseudo-éléphantiasis rhumatismal (poussées d'œdème).* (Desnos, *Soc. méd. hôp.*, 13 février 1891) (résumée).

Femme 63 ans. Il y a 5 ans rhumatisme généralisé qui dura un an, avec œdème des jambes et apparition de pseudo-lipomes sus-claviculaires douloureux, aujourd'hui disparus.

Nouveau rhumatisme il y a un an, qui dure 6 mois, et qui oblige la malade à entrer à l'hôpital : c'est une infirme dont les articulations déformées ne peuvent fonctionner sans de vives douleurs.

Jambes et genoux très œdématiés, ainsi que les pieds ; œdème dur, plus marqué à droite, ne gardant pas l'empreinte du doigt. Peau jaune, pâle, unie ; œdème ne ressemblant en rien à celui des cardiaques ou des brightiques ; inégalement réparti : les deux jambes tuméfiées dans leur totalité, offrent un gonflement plus marqué en 3 points déterminés :

1° Cou-de-pied : au niveau de l'interligne tibio-tarsienne, est une tuméfaction en bourrelet circulaire, de 3 centimètres de hauteur ;

2° Ce bourrelet est séparé d'un second placé au-dessus par un sillon ; et ce second bourrelet remonte jusqu'à 11 centimètres au-dessus de la malléole interne ;

3° Les tissus péri-articulaires des genoux sont épaissis.

Au niveau du cul-de-sac bicipital la peau présente un relief très marqué, comme s'il y avait dans la synoviale du genou une grande quantité de liquide, alors qu'il en existe à peine.

Cuisses volumineuses, mais non œdématiées.

A part la douleur spontanée, sensibilité intacte dans ses différents modes.

Quelques nodosités rhumatismales au niveau de l'olécrâne. Rien au cœur ; urines sans albumine ; 500 grammes sont émises par jour.

Le professeur Potain diagnostique un œdème rhumatismal.

Sous l'influence de l'application de boues sulfatées de Dax, et de compression méthodique, l'œdème diminue, mais la guérison complète n'est pas obtenue.

Observation XXXVI. — *Pseudo-éléphantiasis du membre supérieur gauche chez une hystérique* (Thibierge, *Soc. méd. hôp.*, 27 avril 1894) (très résumée).

R. Gal..., 37 ans, entrée le 30 avril 1894 à St-Louis, service du Dr Besnier. Père alcoolique et mère hystérique ; la malade a eu des crises de nerfs. Aucun autre antécédent morbide ; elle est hystérique.

L'affection actuelle a débuté en janvier 1893, sans cause connue et sans douleurs. En l'espace de 3 mois, la tuméfaction partie de la main a envahi tout le membre supérieur gauche. Soumise à la compression à St-Louis, la tuméfaction de la main disparaît pour ne plus se reproduire ; celle de l'avant-bras et du bras, après avoir légèrement diminué n'a pas tardé à reparaître avec son entrée habituelle. Depuis lors aucune modification.

Paralysie faciale brusque il y a un mois, avec aphasie transitoire.

Actuellement : tuméfaction de tout l'avant-bras et des 2/3 inférieurs du bras, uniformément répartie ; limitée au niveau du poignet par un bourrelet circulaire. La main est intacte ; d'où l'aspect éléphantiasique.

Peau intacte et de couleur normale ; pas de circulation veineuse exagérée. Consistance mollasse et uniforme, sans nodosités, ni cordons lymphatiques ; pas de godet à la pression. Jeu des articulations normal. Pas de ganglions dans l'aisselle.

Aucune altération de la sensibilité, sauf un léger retard dans la perception des sensations tactiles. Force musculaire des deux membres supérieurs égale des 2 côtés.

Réflexes patellaires normaux ; champ visuel intact ; pas d'ovarie.

Intelligence bornée ; parole bégayante ; apathie profonde.

Pas d'albumine dans les urines ; rien au cœur.

La malade meurt ; on trouve à l'autopsie un cancer du cerveau, avec généralisation dans le foie.

Les dimensions respectives des 2 membres supérieurs sont les suivantes :

Circonférence	à droite	à gauche
à la partie moyenne du bras	25 cent . . .	34 cent.
au niveau du pli du coude	24 « . . .	32 «
à la partie inférieure de l'avant-bras.	17 « . . .	22 «

La tuméfaction avait diminué de volume dans les derniers temps de la vie.

Observation XXXVII. — *Pseudo-éléphantiasis névropathique des membres inférieurs* (*Sciatique*) (Mathieu, *Gaz. hôp.*, 1880, p. 721) (résumée).

Dame 65 ans ; atteinte depuis 3 ans de violentes douleurs occupant la région lombaire, le trajet des deux sciatiques, et diffusant à la surface des membres inférieurs. Procèdent par crises.

Rhumatisme chronique déformant la colonne vertébrale, d'après l'auteur, et siégeant au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires. La région déformée est convexe en arrière. Ce rhumatisme serait la cause de la sciatique double.

Les membres inférieurs offrent les déformations suivantes :

Au-dessus des malléoles, surtout à droite, demi-manchon œdémateux qui embrasse la moitié externe de la jambe dans son 1/3 inférieur. Ce manchon va en s'atténuant du côté de la partie supérieure de la jambe ; il n'existe qu'en dehors et en avant. Il est élastique, résistant, le doigt n'y peut imprimer de godet. Ce manchon est nettement séparé du pied. Ce dernier offre un œdème mou, maximum à la région dorsale, et qui augmente par la marche et la station debout.

Des varicosités capillaires existent à la surface des jambes.

Quatre volumineux lipomes symétriques, diffus, étalés, offrant les dimensions d'une tête de fœtus aplatie, occupent les régions trochantériennes et la face interne et inférieure des cuisses. Ils sont apparus depuis un an.

Observation XXXVIII. — *Pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique, ou rhumatismal* (Mathieu, *Annal. Dermat.*, 1893, p. 11).

Y. A..., couturière, 58 ans.

Antécédents personnels. — En 1879, devient dyspeptique, à la suite de la mort de sa fille qui lui cause un violent chagrin. En 1885, saignée à la Charité pour œdème des jambes (sensation de boule, de constriction à la gorge, palpitations), œdème plus accentué le soir ; douleurs rhumatismales ; coliques hépatiques à la même époque ; depuis, a eu deux crises nouvelles.

Il y a six mois, pour la première fois, douleurs vives de névralgie sciatique, survenant par paroxysmes qui clouaient la malade au lit.

Etat le 10 juin 1892 : femme obèse ; au teint jaunâtre.

Quelques placards d'eczéma aux mains.

Souffle systolique aortique ; pas d'hypertrophie cardiaque ; ni albuminurie, ni glycosurie. Foie gros et douloureux.

Les jambes du genou à la cheville, sont tuméfiées « en poteau ».

Au lit, le matin, les jambes seules sont enflées ; et le gonflement des jambes s'arrête brusquement au niveau des chevilles formant un bourrelet, au-dessus d'une encoche, qui disparaît après quelques heures de marche, le pied s'œdématiant à son tour.

A la jambe : œdème, dur, élastique, impossibilité de produire le godet. Sur le dos du pied œdème mou et dépressible.

L'œdème de la jambe est douloureux à la pression ; celui du pied nullement ; ce sont deux œdèmes différents.

Outre la douleur sciatique : il y a des douleurs de rhumatisme musculaire à la région postérieure de la cuisse.

Aucune douleur spontanée ni provoquée aux membres supérieurs. Pas de troubles de la sensibilité, ni de troubles de la mobilité autres

que ceux qu'entraînent le volume des membres inférieurs et les douleurs dont ils sont le siège.

Rien ne permet de penser à une maladie utérine ou à une autre affection siégeant dans le petit bassin.

Observation XXXIX. — *Lipomatoses diffuses des membres inférieurs chez une ataxique* (Mathieu, *Archiv. gén. méd.*, 1885, p. 657).

A. H...., journalière, 49 ans, entrée le 11 avril 1884 à l'Hôtel-Dieu, service du professeur Sée, salle St-Jean, n° 23.

A 26 ans, première crise de douleurs fulgurantes, qui dura 8 jours.

Nouvelles crises, à longues intermittences, d'une durée de plusieurs semaines chacune, les années suivantes. Tabes dorsalis confirmé.

En janvier 1885, à plusieurs reprises, à la suite de crises de douleurs fulgurantes, poussées d'œdème des membres inférieurs à la face ; œdème dur et résistant qui disparaît en quelques jours.

Actuellement, aux jambes surtout à gauche, plaques dures, résistantes, à contours diffus, occupant des surfaces grandes comme la paume de la main ; à l'abdomen boursouflement induré d'un flanc à l'autre, là où siégeaient les douleurs en ceinture.

Observation XL. — *Eléphantiasis chez un tabétique* (Arnozan, th. agrégat., 1880), empruntée à Pitres.

Femme 40 ans, tabétique : douleurs fulgurantes, incoordination motrice, chez laquelle se développa peu à peu une arthropathie du genou gauche, et s'accompagna d'un œdème énorme, dur, indolore, absolument éléphantiasique, des 2 membres inférieurs. Au bout de quelques mois l'œdème disparut.

L'arthropathie persista.

Les phénomènes aigus avaient fait complètement défaut.

La malade ne s'alita pas un seul jour.

La sensibilité était intacte.

Les réflexes abolis aux membres inférieurs.

Observation XLI. — *Lipomatose symétrique névropathique des cuisses et de l'abdomen* (Hanot, *Archiv. gén. méd.*, 1885, p. 607) (résumée).

V. R..., 52 ans, journalière, entre le 28 juillet 1885, salle Ste-Jeanne, lit n° 27, Hôtel-Dieu, service du professeur Sée, suppléé par M. Hanot.

Depuis plusieurs semaines, marches excessives et prolongées, ont provoqué des violentes douleurs du sciatique double qui rendent aujourd'hui la marche impossible. Depuis 15 jours des tuméfactions sont apparues aux hanches et aux genoux. Il y a un an aurait présenté exactement cet ensemble de symptômes, pendant un mois ; le surmenage les a fait réapparaître. Jamais de rhumatisme, ni de syphilis.

Membres inférieurs déformés : masses oblongues, à grandes dimensions transversales, de 10 c. 6 en moyenne, à contours indécis, de consistance lipomateuse, recouvertes d'une peau normale, sensibles à

la pression, dans lesquelles le doigt ne peut imprimer de godet, disposées symétriquement, à la face interne des genoux, aux régions trochantériennes, et se diffusant sur toutes les cuisses qui sont très volumineuses.

Membres supérieurs et jambes intacts. Au creux épigastrique masse volumineuse, lipomateuse, empiétant sur les flancs ; coïncidant avec des douleurs en ceinture qui partent du rachis, douloureux lui-même à la pression sur les parties latérales des vertèbres lombaires.

Pas de troubles de la sensibilité. Rien au cœur ni aux poumons. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement : repos au lit et 4 grammes de salicylate de soude par jour.

La tuméfaction abdominale, due à un épaississement de la peau et de l'hypoderme, rejoint les masses lipomateuses qui occupent les hanches de la fosse iliaque interne.

Les douleurs du sciatique et les crises gastralgiques s'apaisent bientôt, et la malade peut recommencer à marcher sans trop souffrir.

Observation XLII. — Kœttnitz, *Deutsche Zeit. für Chirurg.*, t. XXXVIII.

Femme B..., 53 ans. Rhumatisante et migraineuse. Malade depuis 3 ans ; atteinte d'une affection médullaire : exagération des réflexes rotuliens, grande faiblesse, démarche ataxique, pertes de connaissance, douleurs polyarticulaires ; anxiété et mélancolie.

Amas graisseux diffus, s'étendant du milieu de chaque avant-bras jusqu'au pisiforme, augmentent beaucoup le volume de ces deux segments de membres. On constate de petits lipomes symétriques sur les malléoles externes et les ligaments rotuliens.

Observation XLIII (*idem*) (résumée).

Femme : névralgies violentes aux bras, aux jambes et au tronc depuis plusieurs années ; chaque paroxysme accompagné de l'apparition de tumeurs lipomateuses symétriques et multiples ; les membres inférieurs offrent les déformations suivantes :

Sur la partie supérieure des 2 cuisses, 2 tumeurs aplaties, grosses comme la moitié d'une tête d'adulte ; se continuant avec un manchon graisseux, diffus, qui recouvre les faces antérieure et externe des cuisses.

Les jambes, sur leurs faces postérieures, présentent une augmentation de volume, une hypertrophie graisseuse, plus accentuée sur la ligne médiane, et s'arrêtant à 4 travers de doigt au-dessus des malléoles.

Chaque genou est entouré d'un amas graisseux diffus, se continuant insensiblement avec les masses précédemment décrites.

L'état général de la malade est excellent ; elle est plutôt maigre que grasse. De nombreux petits lipomes absolument symétriques existent, disséminés à la surface du corps, mais ne forment pas une masse con-

sidérable comme on l'observe aux membres inférieurs qui, d'après cette description, ont vraiment l'aspect éléphantiasique.

Observation XLIV (personnelle). — *Œdème névropathique : tendance à la chronicité et à l'éléphantiasis.*

Del..... Jacques, né à Born (Hollande), ébéniste, 32 ans. Entré le 21 juin 1895, salle Devergie, n° 13, à l'hôpital St-Louis, service de M. le Dr Besnier.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 72 ans ; père rhumatisant ; obligé de marcher avec des béquilles 7 ans avant sa mort ; n'a jamais eu les jambes enflées ; meurt à 55 ans ; 2 frères et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Typhus à 18 ans, dura 5 mois. Aucun autre antécédent morbide : ni rhumatismes, ni nervosisme, ni migraines, symptômes d'hystérie nuls.

Vers l'âge de 29 ans commence à éprouver, dans la région antéro-externe de la jambe droite, des douleurs comparées à des crampes, accompagnées de douleurs des régions lombaire et interscapulaire (surtout à droite), douleurs névralgiques, revenant par crises, de 3 heures ou 4 heures de durée (1 à 3 fois par semaine), notablement accrues par les changements de temps et par l'humidité.

Il y a 18 mois (à 30 ans) voit apparaître en une nuit, à la jambe droite, une tuméfaction considérable. La veille il avait fait une longue marche, et s'était couché les pieds fatigués.

Cette tuméfaction occupait le pied et la jambe et conservait l'empreinte du doigt. Elle dura 4 semaines, sans rougeur, ni tension de la peau. Mais les douleurs névralgiques furent plus vives. Pas de phlébite, pas de varices.

Depuis cette époque chaque fois que cet homme marche longtemps, la jambe s'œdématie et les douleurs s'exacerbent.

Depuis 7 semaines l'enflure n'a pas rétrocédé ; il se présente à l'hôpital : l'œdème, indolent à la pression qui garde l'empreinte du doigt, a déformé la jambe, qui s'évase à la cheville. Le dos du pied est œdématié ; les dépressions périmalléolaires effacées. La peau est violacée. Pas de cryesthésie. Température locale normale. Sensibilité intacte. Mensurations :

Circonférence.	Jambe droite	Jambe gauche (normale)
Sus-malléolaire.	32 cent	27 cent.
Au gras du mollet. . . .	29 »	23 »
Au 1/3 sup. de jambe. .	34 »	32 »
Cou-de-pied	28 »	26 »
Racine des orteils. . . .	25 »	23 »

Les appareils respiratoire, digestif, circulatoire, urinaire fonctionnent à merveille. Rien dans les urines. Système nerveux bien équilibré : pas d'alcoolisme, pas de syphilis ; réactions musculaires électriques normales.

Traitement : par compression ouatée et bande de caoutchouc.

Au bout d'un mois de repos au lit, la jambe droite bien diminuée restait toujours tuméfiée ; l'œdème mou avait disparu ; mais il persistait une infiltration sous-cutanée irréductible. Le malade sortit de l'hôpital et nous le perdîmes de vue.

Envisageons maintenant la pathogénie de ces faits :

La physiologie expérimentale, a depuis longtemps établi que l'œdème pouvait se développer sous l'influence exclusive d'un trouble de l'innervation vaso-motrice.

M. Ranvier (1), liant chez un chien la veine cave inférieure, ne provoquait pas l'œdème des régions sous-jacentes. Mais la section simultanée de l'un des nerfs sciatiques était suivie d'une élévation thermique dans le membre correspondant, qui se tuméfiait aussitôt et devenait cylindrique du genou au calcanéum.

L'œdème était bien dû à la paralysie des fibres vaso-motrices, comme le prouvait l'expérience suivante :

Ligature de la veine cave inférieure chez un chien : section, après ouverture du canal rachidien, et du côté gauche seulement, des 3 dernières paires lombaires et de toutes les paires sacrées, c'est-à-dire section des fibres sensitives et des fibres motrices volontaires. Résultat : pas d'œdème, ni d'élévation thermique. Les vaso-moteurs destinés au sciatique naissant de la moelle bien au-dessus du renflement lombaire étaient respectés ; de leur section seule dépendait donc l'apparition de l'œdème.

Les expériences de Boddaert (2), de Hehn (3), de Th. Rott (4), de Ch. Chossat (5) faites depuis ont pleinement confirmé les conclusions de M. Ranvier.

Ce n'est pas la stase sanguine qui produit l'œdème névropathique, car on peut le provoquer en activant la circulation. Brown-Séquard (6) obtient un œdème du poumon, en irritant le ganglion cervical supérieur du grand sympathique ; Ranvier (7) électrisant pendant plusieurs heures le nerf tym-

(1) *Académie des Sc.*, 20 décembre 1869.
(2) *Note sur la pathogénie du goître exopthalmique*. Gand, 1872.
(3) Ueber die Enstehung mechanischer Œdem ; in *Centralblatt*, 1873.
(4) Ueber die Enstehung von Œdem, in *Berlin. klin. Voch.*, 1874.
(5) *Etude sur les conditions pathog. des œdèmes*, th. Paris, 1874.
(6) *Soc. Biol.*, 1870.
(7) *Soc. Biol.*, 1871.

panico-lingual détermine, par dilatation active des vaisseaux, par excitation des vaso-dilatateurs, un œdème considérable de la glande sous-maxillaire.

Cet œdème résulte d'une hypertension dans les artérioles et les vaisseaux capillaires ; hypertension due tantôt à une paralysie des vaso-constricteurs, tantôt à une excitation des vaso-dilatateurs.

La transsudation séreuse s'opère peut-être à la faveur d'un trouble nutritif plus ou moins analogue à celui qui constitue le premier phénomène du travail inflammatoire de l'endartérite (Vulpian) (1). Les parois vasculaires subiraient alors, et très rapidement, une altération trophique. L'expérience suivante de Lewaschew est favorable à cette manière de voir : Mise à nu des deux sciatiques d'un chien ; vive irritation de l'un d'eux, d'où chaleur et tuméfaction de la patte correspondante. Dans cette patte, l'animal aussitôt sacrifié, on trouve sur les artérioles des plaques, au niveau desquelles les vasa vasorum sont turgescents et les tuniques moyenne et adventice infiltrées d'éléments lymphoïdes.

Pourquoi les œdèmes névropathiques restent-ils si fréquemment limités à certaines zones ? Pourquoi ont-ils, maintes fois, tendance à se circonscrire, envahissant une région à l'exclusion de sa voisine, alors qu'aucune disposition anatomique ne paraît commander cette localisation ? Les jambes sont prises, les pieds sont indemnes (Obs. XXXIII, XXXV) ou inversement (Obs. XXXIV). Laycock (2) a supposé l'existence, chez les sujets irritables, de districts nerveux, inconnus des anatomistes, et dont la vaso-motricité réagirait, au moindre prétexte, avec une extraordinaire intensité. Ces districts répondent-ils à des centres médullaires distincts ? Autant d'inconnues !

En clinique, chaque fois que l'activité vaso-motrice d'un rameau nerveux, ou plutôt d'un centre cérébro-médullaire, est modifiée, que cette activité soit anéantie (paralysie des vaso-constricteurs) ou surexcitée (excitation des vaso-dilatateurs), l'œdème peut survenir, et sa durée est en rapport avec

(1) Vulpian, *Leç. sur les vaso-moteurs*, 1875.
(2) Laycock, *Edimbourg med. Journ.*, XI, p. 177 et 695.

la persistance de sa cause. Tantôt éphémère et s'évanouissant en quelques jours, tantôt persistante et rebelle pendant plusieurs mois, la tuméfaction passe, plus rarement il est vrai, et souvent après plusieurs poussées successives, à l'état chronique.

Si l'œdème s'organise, peau et hypoderme s'épaississent et prennent une consistance fibreuse ; l'altération éléphantiasique est constituée. Il est du moins rationnel d'émettre cette hypothèse. Les autopsies d'éléphantiasis névropathique font défaut. Nous supposerons donc, jusqu'à plus ample informé, que l'œdème névropathique qui devient chronique, éléphantiasique, aboutit dans certains cas à la dermite chronique fibreuse hypertrophique, avec ou sans ectasies lymphatiques, subissant les mêmes transformations que l'œdème cardiaque, par exemple, et dont le professeur Renaut nous a donné une complète description.

Mais il nous faut tenir grand compte à ce sujet des travaux de MM. le professeur Potain (1), Bucquoy (2), Mathieu (3), de Desnos (4) ; d'après ces auteurs les œdèmes chroniques angio-névrotiques (Syn. névropathiques, arthritiques, rhumatismaux, etc.) peuvent se transformer en pseudo-lipomes qui ne sont eux-mêmes que du lipome diffus. « L'infiltration séreuse prépare et provoque l'accumulation de la graisse et des cellules adipeuses » (Potain).

« L'œdème circonscrit, dépressible, l'œdème circonscrit non dépressible et le lipome vrai constituent les 3 termes, les 3 degrés d'évolution d'une seule et même tumeur (5) ». Ce processus est réel pour bon nombre de tuméfactions lipomateuses qui seront distinguées du lipome vrai « tumeur bien circonscrite, s'énucléant facilement, constituant le type des néoplasmes bien encapsulés... toute accumulation anormale de cellules adipeuses dans un point donné de l'organisme n'étant pas un lipome ; dans un certain nombre de processus

(1) *Rev. méd. et chir. prat.*, 1879 ; — *Acad. méd.*, 17 oct. 1882 ; — *Soc. méd. hôp.*

(2) *Soc. méd. hôp.*, 19 juin 1891.

(3) *Loc. citat.*

(4) *Soc. méd. hôp.*, 19 juin et 10 juillet.

(5) Chuffart, Th. agrégat., 1886.

trophiques ou inflammatoires, on voit le tissu adipeux se substituer au tissu normal, mais alors ce tissu participe aux oscillations générales de la nutrition, tandis que le lipome garde jusqu'à un certain point une vitalité indépendante (1) ».

Dans les observations de Kœttnitz rapportées plus haut, les sujets porteurs de difformités éléphantiasiques apparues à la suite de troubles nerveux (affection médullaire et névralgies violentes) étaient atteints de lipomatoses diffuses symétriques. Ils avaient des lipomes en diverses autres régions du corps, et ces tuméfactions avaient eu d'emblée une ferme consistance.

S'agit-il initialement, en pareil cas, d'un œdème dur dont la sérosité s'épanche, non dans les interstices, mais dans les éléments cellulaires du tissu conjonctif (Potain)? ou bien, s'agit-il d'une accumulation de graisse circonscrite et soudaine ? Des tumeurs graisseuses peuvent, on le sait, se développer en quelques heures : M. Potain (2) pratiquant la biopsie d'une de ces tumeurs apparue en une nuit chez un vieillard atteint de nombreux pseudo-lipomes, la trouva formée de cellules adipeuses volumineuses, pâles, claires, serrées les unes contre les autres ; M. Catrin (3) déclare aussi qu'ayant examiné, aussitôt après son apparition, une tumeur survenue ainsi brusquement dans le service de Bouveret, il lui trouva la structure du lipome. Ces tumeurs étaient apparues à la suite de névralgies.

Quoi qu'il en soit, une altération des centres nerveux peut être le point de départ d'une « obésité locale » (Landouzy) : dans la paralysie infantile par exemple, l'adipose peut être considérable, aussi bien sous la peau que dans la région musculaire atrophiée « lipomatose interstitielle luxuriante » ; M. Bucquoy soupçonne l'existence de trophonévroses qui engendrent chez celui-ci des œdèmes, chez celui-là des dystrophies adipeuses, des pseudo-lipomes et des lipomes.

Il existe nombre de faits positifs qui établissent l'influence d'un trouble nerveux sur l'accumulation régionale de tissu graisseux (tabes, paralysie générale, etc.). M. Katzenellenbo-

(1) Quénu, Artic. Tumeurs, *Tr. Chirurgie.*
(2) *Soc. méd. hôp.*, 10 juillet 1811.
(3) *Soc. méd. hôp.*, 24 juin 1892.

gen les a résumées dans un travail récent (1). Ces lipomatoses diffuses, symétriques, pour la plupart, seraient d'après Grosh (2) dues à un trouble sécrétoire des glandes de la peau lorsque les centres nerveux qui président à leurs sécrétions sont altérés, ou lorsqu'une cause locale (froid, traumatisme) agit sur un territoire déterminé de la surface cutanée. La graisse ne s'éliminant que par la peau sous forme : 1° d'eau et de CO^2 (dans la sueur) ; 2° de graisse (dans la matière sébacée) (3), toute entrave apportée à sa sécrétion ou à son excrétion provoque son accumulation sous la peau et par suite la lipomatose.

Le précédent exposé nous montre, qu'entre les œdèmes intermittents qui deviennent durs et chroniques, entre la lipomatose qui se substitue progressivement à l'œdème, et celle qui survient d'emblée, il existe une réelle parenté. Entre ces divers états morbides dont les frontières respectives restent indécises, toutes les transitions peuvent être notées. Nous les groupons, faute d'un meilleur terme, sous le nom d'éléphantiasis névropathique.

Nous rappellerons maintenant en quelles circonstances et sous quelles influences, le système nerveux vaso-moteur détermine ainsi l'apparition d'œdèmes éléphantiasiques. La lecture de nos observations montre que ces circonstances sont des plus variées, et l'on peut dire que l'angio-neurose, l'hystérie ? le rhumatisme, expressions diverses d'une même diathèse, et certaines affections du système nerveux central ou périphérique, sont autant de causes comparables quant au mécanisme de leur action de l'éléphantiasis névropathique.

1° Chez certains sujets bien portants et totalement dépourvus de stigmates hystériques, peuvent apparaître brusquement en quelques heures, quelques minutes des œdèmes mous d'une étendue variable. Quincke en 1881 étudiait ce curieux phénomène sous le nom d' « œdème aigu circonscrit de la peau ». Déjà Milton, en 1876, avait analysé quelques faits

(1) *Les lipomes symétriques.* Thèse Paris, juin 1895.

(2) *Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, t. 26.

(3) Beaunis, *Tr. physiol.* ; — Bouchard, *Malad. par ralentissement de nutrition*, p. 78.

semblables qu'il dénommait « urticaires géants ». Depuis lors Strubbings (1885) décrit l'« œdème aigu angio-neurotique » ; Rapin (1) « l'urticaire massive » ; Riehl (2) l'œdème circonscrit de la peau. Ce dernier note que le gonflement peut devenir définitif. Courtois-Suffit en 1887 (3) en relate deux observations nouvelles. Nous-même en avons vu un cas à la consultation externe de l'hôpital St-Louis.

Il s'agit à n'en pas douter de troubles vaso-moteurs provoqués par les causes les plus banales, chez des prédisposés, des névropathes, qui ne sont point hystériques à proprement parler. L'humidité, le froid, le plus léger traumatisme, une émotion, un chagrin, tout est prétexte à l'œdème. Cette irritabilité du système vaso-moteur est même héréditaire (Quincke, Strubbings, Falcone, Milroy) ; en voici deux exemples :

Observation XLV.

Un œdème aigu survenant chez un enfant à la suite d'un refroidissement, sans aucun trouble viscéral appréciable. En quelques points l'œdème s'accompagne de nodosités qui ne rappellent ni l'urticaire, ni l'érythème noueux ? Le père de l'enfant offre à la moindre cause occasionnelle des accidents identiques (4).

Observation XLVI.

H... curé, 31 ans ; toujours bien portant ; rien de pathologique du côté des viscères thoraciques et abdominaux. Est atteint d'un œdème qui occupe les 2 pieds et les 2 jambes jusqu'aux genoux ; plus prononcé du côté gauche. La coloration générale en est rosée. Des taches blanches de la grosseur d'un pois ? sont parsemées sur toute la surface des jambes. Le sujet s'est toujours connu ainsi.

Une énergique pression au niveau de la crête du tibia produit nettement un godet. L'affection est congénitale, dit le malade, et s'est toujours développée proportionnellement au reste du corps. Il n'en a jamais éprouvé aucune douleur, ni aucune gêne pour la marche. Il n'y a jamais eu aucune tendance ulcérative. La tuméfaction est plus considérable après une station debout prolongée. A la suite d'une enquête approfondie sur la généalogie du malade, il est possible d'établir, que sur les 79 personnes qui composèrent sa famille, il existait ou avait

(1) *Rev. méd. Suisse romande*, 1885.
(2) *Wiener med. Presse*, n° 11.
(3) *Annal. Dermat.*, p. 860.
(4) Tebaldo Falcone, *Gazetta degli ospitali*, 1887.

existé 22 exemples d'une difformité identique. Welch, Ossler et Milroy lui assignent une origine angio-neurotique (1).

Cet œdème chronique angio-neurotique est resté mollasse, d'après la description de Milroy. Il est regrettable que cet auteur n'aie pas observé son malade spécialement au point de vue de l'éléphantiasis. De ces faits nous retiendrons simplement la possibilité de leur passage à la chronicité. Si la plupart du temps la tuméfaction est fugace et disparaît sans laisser de traces, elle est aussi essentiellement récidivante, procède parfois par poussées subintrantes pendant des mois et des années. A l'œdème aigu succède l'œdème chronique ; n'est-ce point là l'altération éléphantiasique d'origine nerveuse ?

Son siège est fréquent à la face (paupières, joues, lèvres), où il amène les plus disgracieuses difformités. Exemple : « Observation ; — P... 14 ans ; née à Beautiran, habitant Bordeaux depuis 10 ans. Il y a 5 ans, gonflement subit des 2 paupières, du jour au lendemain. Cet œdème est resté stationnaire depuis ; tantôt pâle, tantôt rosé au moment des règles. Sa consistance est élastique, ferme, quant à la peau. Il ne repose pas sur une masse indurée (2). »

Le cas suivant, bien que les tuméfactions soient distribuées en plaques diffuses, rentre dans ce cadre des œdèmes angio-neurotiques indurés. Cette malade que nous avons pu étudier dans le service de M. le Docteur Hallopeau, bouffie de toutes parts, offre un aspect des plus étranges.

Nous n'hésitons pas à en rapprocher notre observation XXXIII : cette femme qui n'est ni rhumatisante, ni hystérique, n'a aucune affection nerveuse ; sa circulation est parfaite et ses jambes dépourvues de varices. Dans ces conditions, l'œdème éléphantiasique dont elle est atteinte peut être à notre avis considéré comme un œdème aigu angio-neurotique, devenu chronique, à la suite de poussées successives.

(1) W. F. Milroy, *New-York med. Journ.*, 5 novembre 1892.
(2) Guiet, Th. Bordeaux, 1891.

Observation XLVII. — *Aspect éléphantiasique de la face. — Œdème chronique névropathique* (Hallopeau, *Soc. Dermat.*, 1892).

M..., 23 ans. Couturière, entrée le 10 novembre 1892, salle Lugol, lit n° 10.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans : fièvre typhoïde à 16 ans, laissa à sa suite un œdème léger qui mit 2 ans à disparaître. Depuis cette époque chaque année, poussée d'urticaire, qui dure une dizaine de jours et dont la disparition s'accompagne d'épistaxis. Depuis 15 mois chaque poussée est suivie d'un œdème persistant, qui s'exagère chaque fois, et occupe surtout la face. Ces paroxysmes surviennent d'une façon très irrégulière, et s'accompagnent d'une vague douleur à la région frontale.

La tuméfaction faciale intéresse front, tempes, paupières, surtout les inférieures ; sa limite déclive est marquée par un bourrelet saillant identique à celui de l'érysipèle, et qui va en s'atténuant vers le nez en dedans, la région malaire en dehors. Au niveau des parties envahies la peau est pigmentée en brun jaunâtre. Le doigt y laisse une légère empreinte.

La tuméfaction porte sur d'autres régions du corps, et en particulier sur les extrémités. Le tissu sous-cutané y est très épaissi, rénitent, ne conserve qu'assez difficilement l'empreinte du doigt.

Souffles vasculaires anémiques. Viscères et muqueuses normaux.

Pas d'albuminurie, ni de glycosurie.

Il ne s'agit pas de myxœdème (Hallopeau).

Le 20 novembre éruption urticarienne éphémère, sur la cuisse gauche et la moitié correspondante de la paroi abdominale.

La tuméfaction s'exagère du côté de la face.

Traitement suivi avec persévérance, mais complètement inefficace, par les injections de suc thyroïdien.

2° L'œdème hystérique qui atteint un membre ou l'un de ses segments, peut lui donner l'aspect d'un éléphantiasis. Mais la lecture des observations publiées jusqu'ici ne légitime guère une semblable appellation. Nous voyons que cet œdème, d'origine vaso-motrice selon toute vraisemblance, a comme toutes les manifestations de l'hystérie, une durée variable ; et qu'à côté des œdèmes transitoires il en est de prolongés ; ceux-là seuls nous intéressent. Deux variétés sont aujourd'hui classiques : l'œdème blanc et l'œdème bleu : « car la coloration de l'œdème peut être très variable, passant du violet foncé au blanc mat de l'œdème cardio-rénal. La dénomination d'œdème bleu n'est donc pas peut-être assez com-

préhensive. La simple appellation d'œdème hystérique sans qualificatif aurait l'avantage de ne rien préjuger de la coloration » (Boix) (1). Cette étude qui remonte à Sydenham (2) a été complètement faite en ces dernières années par MM. Damaschino (3). Gilles de la Tourette et Dutil (4), Charcot (5), Iæger (6), Pitres (7), Thibierge (8). Mais ces œdèmes prolongés sont-ils susceptibles de s'organiser définitivement comme les autres œdèmes et de subir la transformation éléphantiasique? Dans une observation d'Athanassio (9), l'œdème dur aurait persisté deux ans avec des fluctuations ; — dans le fait de M. Thibierge (Obs. XXXVI) il paraissait définitivement constitué. Mais dans le premier cas l'œdème a complètement disparu ; dans le second, il n'a pas été donné d'assister à son évolution finale, la malade ayant succombé à un cancer du cerveau.

L'œdème dur hystérique, qui pour être affirmé tel, doit coexister avec des stigmates de névrose, et presque toujours avec des paralysies et des contractures, est extrêmement capricieux d'allures. Il peut s'établir en permanence il est vrai, mais subit à chaque instant des alternatives de diminution ou d'augmentation spontanées pour disparaître un jour ou l'autre avec la même brusquerie qu'il a débuté. Il se passe chez ces sujets ce que l'on observe chez certains ataxiques (Mathieu, Arnozan) à une période indéterminée, souvent fort courte, de leur maladie, le membre atteint offre l'aspect de l'éléphantiasis, le terme d'éléphantiasis névropathique peut venir à l'esprit. Mais à cet aspect ne répondent pas des lésions irrémédiables ; l'affection disparaît sans laisser de traces : il n'y

(1) Deux cas d'œdème bleu hystérique. *Nouvelle Iconogr. Salpêtrière,* 1889, IV, 1.

(2) Lettre à Guillaume Cole sur l'affection hystérique. Londres, 20 janvier 1681. *Méd. prat.*

(3) Des troubles trophiques dans l'hystérie. *Gaz. hôp.*, 1880, p. 561.

(4) Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. *Nouvelle Iconogr.*, 1889, p. 251.

(5) *Leçons du Mardi*, 1880-1890.

(6) Affect. de la peau et du tissu cell. chez les hystériques. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1er février 1888.

(7) Tr. trophiques dans l'hystérie. *Progr. méd.*, 21 février 1891.

(8) Œdème bleu. *Soc. franç. Dermat.*, 10 mars 1892.

(9) *Tr. troph. dans l'hystérie.* Th. Paris, 1890.

a jamais eu jusqu'ici d'organisation définitive de l'exsudat, mais régression complète. Les troubles vaso-moteurs hydropigènes sont donc dans l'hystérie trop instables, pour déterminer des œdèmes durables, chroniques, éléphantiasiques au vrai sens du mot.

3° Le rhumatisme aigu, ou subaigu, ou chronique peut être le point de départ de perturbations vaso-motrices, telles qu'il en résulte un œdème souvent très prononcé et durable. L'œdème rhumatismal est depuis longtemps connu (1). Une de ses variétés indurées peut simuler le phlegmon (2) : parmi les observations rapportées plus haut, il en est (Mathieu, Souques, Desnos) dans lesquelles la difformité éléphantiasique a paru nettement succéder à des attaques de rhumatisme. Par quel mécanisme le rhumatisme, maladie infectieuse à n'en pas douter, détermine-t-il ces troubles vaso-moteurs ? Nous l'ignorons.

« Il serait prématuré actuellement de chercher à préciser avec exactitude le rôle intime, direct ou indirect, immédiat ou médiat, de l'agent infectieux, non encore isolé, dans la détermination de telle ou telle manifestation rhumatismale » (3).

4° L'œdème chronique éléphantiasique est consécutif à certaines lésions du système nerveux central périphérique, lésions qui s'accompagnent ou non de paralysies.

Ces paralysies favorisent la persistance de l'œdème ; notamment chez les paraplégiques, puisque l'action musculaire est une des causes les plus actives de la circulation veineuse des membres inférieurs (Vulpian) (4).

Nous ne multiplierons pas les exemples de cette variété d'œdèmes. Chez les paraplégiques, chez les tabétiques, aussi bien que chez les sujets atteints de névrites rebelles, son mécanisme est toujours le même, le système vaso-moteur est troublé : les conditions les plus favorables à la transsudation séreuse sont réalisées pour l'hypertension prolongée dans les petits vaisseaux qui se relâchent et s'altèrent (Vulpian).

(1) Davaine, *L'œdème rhumatismal*, Th. Paris, 1872.

(2) Kirmisson, Pseudo-phlegmon rhumatismal, *Progrès médical*, 1876.

(3) De St-Germain, *Sur la pathogénie du rhumatisme artic. aigu.* Th. Paris, 1893.

(4) *Vaso-moteurs*, II, p. 608.

Herbert Mayo, sectionnant le trijumeau, obtenait un gonflement œdémateux de la moitié correspondante de la face. Le même phénomène se produit quand une tumeur intra-crânienne a détruit ce tronc nerveux (paralysie des vaso-constricteurs) ; ou quand une névralgie trifaciale réflexe, d'origine dentaire, détermine l'excitation des vaso-dilatateurs de la région [Legroux] (1).

La même réaction vaso-motrice, suivie des mêmes conséquences, accompagne la névralgie sciatique (Obs. Mathieu-Arnozan).

Lorsqu'une lésion médullaire a provoqué la paraplégie et l'œdème, on ne tarde pas, dans quelques cas, à voir survenir une hypertrophie éléphantiasique des deux membres. « A l'hypertrophie de la peau, s'ajoute celle du tissu cellulaire sous-cutané, toutes deux intimement liées à l'œdème ; la peau s'épaissit, ses plis s'effacent ; l'épiderme devient sec et ridé, et s'enlève par plaques jaunâtres, plus ou moins épaisses (icthyose des paraplégiques) ; les ongles s'épaïssissent en massue... » (2). L'hypertrophie des parties profondes résulte à la fois d'une organisation de l'œdème et d'une lipomatose exagérée qui envahit les muscles, surtout les gastro-cnémiens, dont le volume rappelle celui des muscles d'un athlète, tandis qu'en réalité ils sont en voie d'atrophie.

(1) Article Œdème, *Dict. Dech.*, 1883.
(2) Demange, Paraplégie, *Dict. Dech.*, 1883.

CHAPITRE III

L'éléphantiasis congénital.

A côté de l'éléphantiasis acquis, existe-t-il un éléphantiasis congénital débutant au cours de la vie intra-utérine, déjà manifeste à la naissance, susceptible d'un accroissement ultérieur progressif, dû comme l'autre à une fibromatose diffuse cutanée et sous-cutanée de certaines régions avec ou sans ectasies lymphatiques ? Devant les observations peu nombreuses et surtout peu probantes publiées jusqu'ici, l'existence de cette variété est encore précaire. Dans quelques faits néanmoins les caractères symptomatiques sont en rapport avec une altération éléphantiasique, mais il en est peu qui aient été soumis au contrôle de l'examen histologique. Nous en exceptons la macroglossie, forme à part, bien établie désormais.

Beaucoup de déformations dites éléphantiasiques et congénitales, appartiennent les unes à la lipomatose, les autres aux tumeurs télangiectasiques veineuses.

L'hyperplasie diffuse du tissu adipeux, sous une influence que nous ignorons, se développe en maintes régions, chez le fœtus et acquiert des dimensions qui dès la naissance peuvent être considérables. Cette affection, est un pseudo-éléphantiasis. Elle ne débute jamais dans les premiers temps de la vie intra-utérine, puisque à cette époque la graisse n'est pas encore formée (Virchow) (1). Sans insister davantage, les quelques exemples suivants suffisent à en donner une idée.

Observation XLVIII. — *Pseudo-éléphantiasis lipomateux congénital* (Esmarck et Kulenkampf, p. 240) (2).

Maria Anderson, 19 ans, avait à sa naissance un épaississement du pouce droit, qui atteignit plus tard l'éminence thénar, puis apparaissait une masse lipomateuse sur l'avant-bras et sur la clavicule. Une

(1) *Traité des tumeurs*, t. I, 1867.
(2) *L'éléphantiasis*, Monograph. Hambourg, 1885.

forte pression de la saillie thénar amenait un gonflement de l'avant-bras, avec de la crépitation riziforme. Extirpation.

Il s'agissait d'une volumineuse tumeur graisseuse de l'avant-bras, s'insinuant dans le carpe et entre les tendons des fléchisseurs.

Observation XLIX. — De Graefe, 1863, *Monatsbl. für Aug.*, p. 21.

Eléphantiasis congénital : paupière supérieure gauche monstrueusement déformée, envahissant la région temporale jusqu'aux cheveux ; D vertical : 3 pouces ; D transversal : idem. Le releveur de la paupière est impuissant à relever un poids aussi considérable. Excision.

Examen histologique. — Hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire, jointe à une abondante masse graisseuse, dans laquelle étaient des vaisseaux dilatés.

Observation L. — Th. Beck, *Ueber elephantiasis der aberen augenlides.* Thèse Bâle, 1878.

Jacob R..., 20 ans, du canton de Lucerne, entre le 30 octobre 1876 à l'Institut oculistique de Bâle. Dès la naissance, épaississement de la paupière supérieure droite, qui augmenta lentement jusqu'à la 12e année. A 12 ans poussée inflammatoire à ce niveau.

La paupière supérieure droite retombe actuellement sur la joue et la tumeur remonte sur le front vers la racine du cuir chevelu. Limitée par un bourrelet vers les tempes, sa surface est lisse, sa consistance élastique. Peau de coloration normale. Motilité entravée par le poids de la tumeur. Extirpation.

Examen histologique. — Tissu adipeux, parcouru par quelques tractus fibreux, et des fibres musculaires dissociées.

Esmarck et Kulenkampf (Hambourg, 1885) estiment que la lésion fondamentale de l'éléphantiasis congénital est une prolifération du tissu conjonctif ; mais à côté de la forme sclérense hypertrophique, localisée ou généralisée, avec participation inégale des lésions du système lymphatique (dilatations et hyperplasies), à côté de la forme fibromateuse pure, ils admettent une forme télangiectasique où prédominent les dilatations du système vasculaire sanguin. Sous l'empire de ces idées, les nævus, les vastes angiomes confluents, développés au sein de tissus secondairement épaissis ou lipomateux, ont envahi le domaine de l'éléphantiasis congénital. Nous n'en voulons d'autres preuves que les quelques faits suivants rapportés sous la rubrique « éléphantiasis ».

Observation LI. — *Eléphantiasis congénital télangiectode* (Archambault, de Tours, *Annal. Dermat.*, 1893, p. 448).

Enfant de 4 ans. Parents sains. La mère a eu 5 enfants ; couches ré-

gulières. Une fille est boiteuse de naissance ; un fils de 9 ans a une atrophie du membre inférieur gauche.

L'enfant a un teint terreux ; des adénites cervicales. Elle traîne en marchant sa jambe gauche difforme. Observée à l'âge de 5 jours, elle a présenté les déformations suivantes : jambe gauche, du cou-de-pied au genou, offre un volume énorme ; peau terne, rugueuse, peu dépressible. Le pied remuant et rosé semble sortir d'une masse de cire.

Depuis cette époque n'a cessé de souffrir quand elle marche. Sur le dos du pied une tumeur mollasse s'est développée ; la peau de la jambe est sillonnée de grosses veines saillantes ; en arrière est une large tache télangiectasique. Dimensions extraordinaires. La cuisse du côté atteint présente 7 centimètres de circonférence de plus que du côté sain : à sa partie postérieure est un angiome ; à sa face interne de grosses varices.

Adénite inguinale. Hémorrhagies fréquentes ; affaiblissement progressif.

Ces lésions ont débuté pendant la vie intra-utérine.

Observation LII. — Schmidt, *Bartholomews Hospital Reports*, vol. V.

Jeune fille de 15 ans ; dès la naissance épaississement de la jambe droite sur laquelle sont plusieurs nævi ; après tout effort, toute marche, cette jambe devient volumineuse et douloureuse. Elle ne peut fonctionner que grâce au port constant d'un bas élastique. La circonférence du pied et celle de la jambe, sont de 2 pouces plus considérables à droite qu'à gauche. La température y est basse. Sur la face externe de la cuisse est un gros nævus ; aux faces interne et postérieure sont de grosses veines, et des nævus qui remontent sur la fesse. Derrière le grand trochanter est un vaste angiome.

Observation LIII. — Schuh, cité par Esmarck et Kulenkampf, p. 184, Nævus lipomatode éléphantiasique.

Jeune homme de 17 ans ; lourd d'esprit. Dès la première année de sa vie tuméfaction indolente de la face, dont la peau, livide, était par places doublée d'un tissu cellulaire sous-cutané très dur ; avec dilatations veineuses considérables. Cette tumeur formait des excroissances en forme de plis. Tous les os de la face de ce côté étaient atrophiés.

Observation LIV. — *Eléphantiasis télangiectode* (Pitha, *Prager Vierteljschf.* Bd. 1, 1847).

Jeune homme de 18 ans ; atteint depuis la naissance des lésions suivantes : tuméfaction monstrueuse de l'avant-bras, et surtout de la main, qui sont recouverts de tuméfactions arrondies, lobulées, de la grosseur d'une noisette, molles, foncées. La peau présente de l'injection veineuse, des varicosités, des phlébolithes dans les veines. Tout le membre est froid ; sans force.

Observation LV. — Pauli, 1838, cité par de Wecker et Landolt, *Tr. d'ophtalm.*

Garçon de 16 ans. A la naissance on constate vers l'angle externe de la paupière supérieure gauche un petit nodule, gros comme une lentille ; dur et adhérent ; de couleur rosée. Au bout de 9 mois, avait acquis le volume d'un œuf d'oie ; à 3 ans couvrait l'œil ; à 9 ans toute la moitié correspondante de la figure ; à 11 ans portait cette tumeur dans une poche à sa casquette.

La tumeur est de consistance molle et élastique ; inégale et bosselée, vasculaire et pseudo-fluctuante. La peau de couleur normale est mobile sur les parties profondes et laisse voir par transparence un réseau de grosses veines. Dans la profondeur de la tumeur on perçoit des pulsations. Douleurs intermittentes.

Cette consistance molle, cette pseudo-fluctuation, cette peau sillonnée de varicosités, le plus souvent indépendante des plans sous-jacents, cette réductibilité partielle, cette coloration violacée, ne comptent-ils pas entre les meilleurs caractères des tumeurs érectiles ? Dans tous ces cas, il ne s'agit nullement d'éléphantiasis.

Devons-nous admettre un éléphantiasis congénital lymphangiectode des membres et du tronc ? Pour Virchow (1), cette variété existe ; c'est du lymphangiome diffus (dilatations lymphatiques plongées dans un tissu conjonctif épaissi) très analogue à la macroglossie congénitale ; elle comporte des « productions cystiques », cavités closes, remplies de liquide clair et spontanément coagulable. Virchow n'a pu démontrer la communication de ces cavités avec les vaisseaux lymphatiques, mais la considère comme vraisemblable, grâce à l'existence de petits orifices.

Les 3 observations suivantes se rapportent à des lymphangiectasies :

La 3e constitue une transition entre ces dernières et les tumeurs télangiectasiques veineuses :

Observation LVI. — *Eléphantiasis congénital lymphangiectode ?* (Waldeyer, *Archiv. für klinik. Chirurg.*, XII, p. 846.)

Enfant de 3 ans 1/2. Fille. Dès les premiers temps de la vie, fesse droite volumineuse ; accroissement progressif, et depuis quelques mois accroissement rapide de cette région, avec douleur, chaleur et taches rouges circonscrites.

(1) *Loc. cit.*

La tuméfaction, de la grosseur du poing, globuleuse, diminue par une forte pression. La peau est épaissie et rude à ce niveau ; plissée même ; pas d'adénite inguinale. Consistance mollasse ici, pseudo-fluctuante là. Tumeurs kystiques à la base de la tumeur, dont le contenu fluide, clair, de réaction alcaline, contient des globules rouges et blancs.

Observation LVII. — Dummreicher, bei Gjorgevic, cité par Esmarck.

Garçon de 2 mois. Tuméfaction lobuleuse par places, mollement élastique, et fluctuante par places, dont la peau est sillonnée de dilatations variqueuses, occupe tout le côté droit du tronc, du sternum à la colonne vertébrale, de l'aisselle à l'os iliaque. La tuméfaction se laisse déprimer dans son ensemble, et se distend lorsque l'enfant crie.

Une ponction donne 2 onces de liquide clair, lymphoïde ; la masse donne alors la sensation de tissu caverneux vidé de son contenu liquide. Une seconde ponction est suivie d'un érysipèle qui dure 8 jours ; après une tuméfaction passagère, la masse plus dure, plus consistante se réduit des 2/3. La peau est épaissie, sclérosée.

Observation LVIII. — *Eléphantiasis congénital télangiectode et lymphangiectode.* (Waitz, 1889, *Archiv. für klinik. Chirurg.*, XXXIX, p. 229).

Enfant de 2 ans ; offre hypertrophie congénitale des membres inférieurs, surtout à droite. Le squelette est notablement allongé, ce que l'auteur attribue à la suractivité nutritive des os résultant de l'hypertrophie vasculaire. Tout le système sanguin et lymphatique des membres participe à l'hypertrophie ; du côté de la circulation sanguine : nævus diffus, tumeurs caverneuses, varices, état angiomateux ; du côté de la circulation lymphatique : lymphangiectasies et dilatations kystiques. Le tissu conjonctif est hypertrophié et chargé de graisse.

De cette dernière observation, nous rapprochons celles (Obs. LXIII et LXV) de Moncorvo, citées plus loin, et qui constituent également une forme mixte, du moins au sens de Virchow.

La macroglossie congénitale est due, tantôt à une hypertrophie de la musculature de la langue (1) ; tantôt à un angiome caverneux (2) ; tantôt à une fibromatose diffuse, sillonnée de dilatations lymphatiques (lymphangiomes simple, caverneux, kystique y ont été trouvés). Cette dernière variété

(1) Rey, *Gaz. hôp.*, 1834, p. 195 ; — Sédillot, *Compt. rend. Acad. Sc.*, t. XXXVIII, p. 322 ; — Weber (de Bonn), *Virchow's Archiv.*, t. VII ; — Paget, *Gaz. hôp.*, 1864, p. 196 ; — Parrot, *Bull. Soc. Anthrop.*, 1881, p. 752.

(2) Obs. in De Larabrie, th. Paris, 1882.

mérite seule le nom d'éléphantiasis congénital ; ses lésions rappellent par leurs caractères irritatifs celles que l'on observe dans la glossite interstitielle (1). « On ne saurait, dit Virchow, se refuser à ramener ces faits à un processus interstitiel, très voisin de la glossite, produisant soit du tissu connectif, soit du tissu connectif avec des ectasies lymphatiques ». De nombreuses observations publiées depuis confirment cette manière de voir (Bush, Lücke, Arnstein, Maas, Volkman, Renaut, Rose, Giès, Winiwarter, Variot, Paster). Voici d'ailleurs les constatations histologiques faites par quelques-uns de ces auteurs.

Virchow, dans 2 cas, trouve une prolifération très abondante du tissu conjonctif interstitiel, qui entourait de petites cavités renfermant un liquide et des cellules lymphatiques ; cavités tellement volumineuses en certains points qu'on pouvait constater l'aspect caverneux de la tumeur.

Giès (2) rapporte l'examen suivant : prolifération du tissu conjonctif qui refoule et remplace le tissu musculaire, à mesure qu'on se rapproche de la pointe de la langue. Au milieu, sont des fentes, tapissées d'endothélium et devenant plus larges vers la face dorsale, où le tissu prenait l'aspect caverneux.

Winiwarter (3) a trouvé : espaces de forme et de grandeur diverses, remplis de corpuscules sanguins et de cellules lymphoïdes. Muscles de la langue dissociés par une infiltration cellulaire qui occupe l'intervalle des espaces creux ; il y a deux espèces de cavités : les unes fentes lymphatiques dilatées, énormément distendues par places ; les autres sont dues à la transformation, à la liquéfaction, d'amas de cellules connectives néoformées. Un réticulum conjonctif délicat entoure immédiatement les cavités remplies de liquide lymphoïde.

Variot (4) : prédominance du tissu fibreux sur le tissu musculaire qui est dissocié ; fentes et lacunes entre les faisceaux. Dans la couche sous-muqueuse, travées fibreuses multiples,

(1) *Virchow's Archiv.*, t. VII.
(2) *Archiv. Langenbeck*, 1873, p. 630.
(3) *Archiv. Langenbeck*, 1874, Bd. XVI, Hft. 3.
(4) Cité dans th. DE LARABRIE.

entre lesquelles sont des lacunes qui représentent la coupe de véritables troncs lymphatiques. Dans les papilles vacuoles analogues, encombrées de cellules lymphoïdes.

Paster (1) dans un cas : langue molle, hypertrophiée en tous sens ; sur une coupe, tissu caverneux, dont les lacunes contenaient de la sérosité au lieu de sang ; lacunes assez vastes à parois minces et translucides. La sérosité était de la lymphe contenant de multiples cellules lymphatiques ; entre les cavités des traînées de tissu conjonctif, de cellules conjonctives, en voie de néoformation, de prolifération active. Les faisceaux musculaires offrent çà et là des lésions de myosite inflammatoire.

Cet ensemble de lésions représente le stade ultime d'un processus au début duquel il n'a pas été donné d'assister. Ce début remonte à une époque indéterminée de la vie intra-utérine. Quelle est alors l'altération primitive ? Quelle est sa nature ? Nous l'ignorons, et les plus récentes hypothèses n'en donnent point, croyons-nous, une interprétation satisfaisante.

On peut supposer toutefois que le processus de l'éléphantiasis congénital est le même que celui de l'éléphantiasis acquis. L'observation de Neelsen, digne d'intérêt à cet égard, a permis de l'observer au 6e mois de la vie fœtale. Dans ce cas l'hyperplasie du tissu cellulaire sous-cutané, avait acquis par son activité et son étendue un tel degré qu'il en est résulté la mort de l'individu avant terme.

Quant aux éléphantiasis congénitaux de Fischer et de Spietschka que nous rapportons ensuite, ne peut-on pas admettre qu'ils ont évolué d'une façon analogue ? L'observation du second est malheureusement incomplète puisque les circonstances n'ont pas permis d'en pratiquer un examen histologique.

Observation LIX. — *Altérations éléphantiasiques intra-utérines* (Neelsen, *Berlin. klinik. Woch.*, 1882, n° 3) (résumée).

Fœtus mort-né à 6 mois, long de 27 centimètres, monstrueusement déformé, tronc épais ressemble à une « grosse pomme », les membres sont très courts, tuméfiés ; front volumineux. Du vertex sur la nuque

(1) Ueber macrochilie et macroglossie. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. Bd. XVIII, p. 219, 1882.

pend un bourrelet mollasse. La peau de toute la surface du corps, sauf celle de la paume des mains, de la plante des pieds, des doigts et des orteils, est de consistance spongieuse, plus dure aux membres inférieurs qui sont divisés en segments par de profonds replis au niveau du genou et des chevilles.

Examen histologique. — Des coupes pratiquées dans les divers segments des membres, montrent dans les parties profondes la fusion entre les masses musculaires et le tissu cellulaire sous-cutané, envahis par un processus scléreux diffus ; l'altération principale est une ectasie des vaisseaux lymphatiques de la peau (ectasies papillaires), du tissu sous-cutané et des masses musculaires, d'où un système d'espaces creux, variqueux, communiquant entre eux, contenant un liquide fibrineux, distendus çà et là, en cavités sphériques ou irrégulières, qui donnent aux tissus leur consistance spongieuse.

A la superficie, les vaisseaux sanguins sont gorgés de leucocytes. L'épiderme est dissous par macération intra-utérine. En quelques points sont des glandes sébacées et des glandes sudoripares dont le revêtement épithélial est irrégulier (en houppes). L'épaisseur de la peau elle-même est normale ; au voisinage de ses vaisseaux, se trouvent des foyers de cellules infiltrées.

Les parties les plus saillantes de la peau (verruqueuses) et le bourrelet de la nuque offrent des altérations un peu différentes : peau a presque disparu ; sur toute l'étendue des coupes, entre les vaisseaux lymphatiques, les artérioles et les veinules, est un riche réseau conjonctif formé de fibrilles et de quelques cellules ; de loin en loin, quelques lacunes à parois conjonctives et à contenu sanguin.

La mère de l'enfant, aux dernières semaines de la grossesse, était atteinte de néphrite avec anasarque et phénomènes urémiques ; elle était tuberculeuse.

Observation LX. — Fischer, cité par Esmarch et Kulenkampf.

Petit garçon, 3 ans. Avait en naissant une jambe gauche très volumineuse. Fort et sain, a pu marcher. Ce membre était beaucoup plus long que celui du côté droit.

La tuméfaction était plus accentuée en 2 points, mollasse au niveau du petit trochanter et sur la face antérieure de la cuisse. Extirpation de ces 2 saillies.

Examen histologique. — Lymphangiomes diffus, tissu graisseux étouffé par du tissu conjonctif épaissi, hyperplasié, en voie de prolifération, infiltré de petites cellules ; ectasies lymphatiques, donnant çà et là des cavités cystiques.

Observation LXI. — *Ueber einen Fall von Eleph. congenit.* Spietschka, *Archiv. für Dermat. und Syphil.*, 1891, p. 745.

L'affection existait à la naissance. Rien du côté des parents. Dès la naissance la face et tous les membres (sauf le membre supérieur droit)

(sauf les parties génitales) étaient déjà très volumineux. A l'âge de 3 ans, et pendant 3 années consécutives, l'enfant eut des éruptions de vésicules, d'où s'écoula un liquide blanchâtre ; il s'agirait de lymphorrhagie d'après l'auteur ; chaque éruption avec suintement s'accompagnait de fièvre et de frissons ; à 8 ans scarlatine ; à l'âge de 9 ans, les 2 membres inférieurs, le membre supérieur gauche, et la face sont informes. La peau est partout le siège d'un œdème considérable, mais ne conserve point l'empreinte du doigt. Elle est très épaissie, sèche, rugueuse. Sur les membres inférieurs existent de nombreuses cicatrices blanches et déprimées ; les parties génitales sont volumineuses ; il y a des proliférations en chou-fleur sur la cuisse gauche et la région trochantérienne, ainsi que sur les orteils. En tous ces points l'épiderme est très épais. Elles récidivent après un râclage à la curette. Il n'est point fait mention d'un examen histologique.

Intelligence vive. Absence apparente de corps thyroïde.

Dans une série de mémoires, publiés par les *Annales de Dermatologie* (1888-1894) le Docteur Moncorvo (de Rio de Janeiro) apporte à la question de l'éléphantiasis congénital le tribut de ses observations et de ses idées. Ces observations sont au nombre de dix. Deux d'entre elles (Obs. LXIII et LXV) ont trait aux formes télangiectode et lymphangiectode des auteurs allemands. Les autres répondent, sans aucun doute, à l'ensemble symptomatique de l'éléphantiasis vrai, à l'œdème lymphatique chronique, dur, avec dermite hypertrophique fibreuse. Nous les enregistrons, en notant qu'elles apportent (Obs. LXVII et LXVIII) un document nouveau à la genèse de l'éléphantiasis congénital.

Observation LXII. — *Eléphantiasis congénital* (Moncorvo, *Annal. Dermat.*, 1893, p. 233).

Enfant de 3 mois. Né à Rio. Observé pour la première fois le 6 mai 1890. Le père n'a jamais eu de lymphangites ni d'œdèmes. La mère, au 6e ou 7e mois de la grossesse, a eu de vives émotions et de l'œdème des jambes. Autres enfants sains.

Né à terme, par le sommet, pèse 6 kilogrammes, haut de 60 centimètres. *Dès la naissance*, jambes et pieds offraient un volume anormal, qui a subi depuis un accroissement progressif : œdème élastique, rénitent, sauf sur le dos du pied qui garde l'empreinte du doigt. Peau lisse, de couleur normale, très adhérente aux tissus sous-jacents. Légère douleur à la pression. Hydrocèle double. Peau indemne sur le reste du corps. Pas de filariose, pas d'examen histologique. Cette tuméfaction, sous l'influence d'un traitement compressif et électrique, prend la consistance de l'œdème mou.

Observation LXIII. — *Eléphantiasis congénital* (*Idem*).

Enfant de 12 heures, observé le 16 mai 1891, accouchement normal, père sain.

A la naissance, l'enfant présente un membre inférieur gauche dont le volume égale tout son corps, le membre droit apparaissant comme un appendice rudimentaire. Taches de nævus vasculaires, assez étendues à la face externe de la cuisse et de la jambe. Peau lisse et adhérente. Sillons profonds, circulaires, aux malléoles et au-dessus du genou, pression indolente, sensation alternante de mollesse et de dureté ; celle-ci répondant à des masses arrondies dont la plus grosse (28 cent. de circonférence) répond à la partie postéro-interne de la jambe, les parties molles donnent une sensation gélatineuse. La plus volumineuse de ces masses mollasses, sans doute kystiques, est à la partie dorsale interne du cou-de-pied (20 cent. de circonférence), pas d'examen histologique.

Observation LXIV. — *Eléphantiasis congénital* (*Idem*).

Fillette, 11 mois, de Rio. Père et mère sains. Bronchite fébrile à répétition.

L'éléphantiasis occupe le membre supérieur droit jusqu'à la région interscapulaire. *Il est congénital.* Lymphangite il y a quelques jours. Effleurement de la dépression interscapulaire, sillon au niveau du poignet, main sphéroïde (21 cent. de circonférence), très gonflée à la région dorsale où la peau est violacée, adhérente, d'où s'écoule un exsudat fétide, séro-purulent ; les doigts, atteints d'œdème dur, sont mamelonnés, sillonnés de plis. Dans l'aisselle, masse de ganglions lymphatiques, entourée de lymphatiques hypertrophiés et flexueux ; la peau à ce niveau est recouverte d'éminences papilliformes. Sur tout le membre, elle est très lisse, adhérente, de consistance élastique. Du côté gauche, léger état éléphantiasique avec ganglions dans l'aisselle. Pas d'examen histologique.

Observation LXV. — Moncorvo, *Rev. malad. Enfance*, 1888.

Eléphantiasis congénital : enfant de 7 mois, métis. Offre à sa naissance un éléphantiasis siégeant sur les faces antérieure et postérieure du tronc, ainsi qu'à la totalité du membre thoracique droit. Revêt partout la forme kystique de Virchow ; çà et là des noyaux de consistance fibreuse.

Observation LXVI. — Moncorvo, *Ibid.*

Fillette, de Rio. A la naissance, offre énorme hypertrophie des extrémités inférieures. Au 4e mois pesait 5 kilogrammes ??

Observation LXVII. — *Idem. Annal. Dermat.*, 1894, p. 186.

Petite négresse, 3 mois ; — observée à la Charité de Valença le 23 oc-

tobre 1893. La mère, négresse de 29 ans, bien portante ; a eu au 4e mois de sa grossesse, au membre inférieur droit, des poussées de lymphangite, avec frissons, suivies d'œdème.

Au 3e mois coup sur le ventre ; chute quelque temps après ; s'alite et accouche à 7 mois sans accidents fâcheux. Le nouveau-né portait plusieurs circulaires du cordon au cou et aux membres inférieurs. Le membre inférieur droit offrait des proportions colossales. Syndactylie des doigts et des orteils à gauche. Pas d'altération cutanée. Polyadénite (occipitale, cervicale, inguinale, etc.).

Le membre inférieur droit, est au niveau du pied constitué par une grosse tumeur qu'un sillon transverse divise en 2 parties inégales. Au-dessus de ce sillon, très profond qui occupe la ligne tarso-métatarsienne, en est un autre au-dessus des malléoles ; la partie postérieure est moins (entre les 2 sillons) considérable que l'antérieure.

La peau est lisse, adhérente aux tissus sous-jacents ; donne au toucher une sensation de mollesse élastique ; çà et là des nodules fibreux. Sur le segment antérieur la peau est plus lisse et plus luisante. Sensibilité un peu émoussée. Le doigt pénètre difficilement dans cet œdème dur ; un fort bourrelet limite à la face plantaire le tissu malade. Les orteils sont cachés dans la masse morbide ; on n'en aperçoit que les pulpes comme autant de mamelons.

A la face plantaire en arrière des orteils est une masse mollasse en forme de bourrelet ; la peau y est ridée et adhérente.

Les muscles de la jambe sont normaux.

L'auteur pense qu'il s'agit d'un éléphantiasis à forme sclérotique dont l'origine remonte à la vie intra-utérine.

Observation LXVIII. — Moncorvo, *Journal clin. et thérap. infantiles*, 22 août 1895.

Cette observation, presque exactement calquée sur la précédente, concerne un enfant mâle, 5 mois, race mixte ; observé pour la première fois le 29 mai 1895 ; syphilis héréditaire (coryza, polyadénite). Mère, eut une lymphangite du sein gauche en allaitant son avant-dernier enfant. Plusieurs chutes successives pendant sa dernière grossesse. Au 7e mois, nouvelle chute et poussée de lymphangite de la paroi abdominale, avec fièvre, frissons ; suivie de suppuration. Accouchement à terme. Enfant naquit avec un éléphantiasis des mieux caractérisés, au pied et à la jambe droits, et dont la description est identique à celle du cas précédent. Orteils normaux. Santé satisfaisante.

Le 1er juin, M. Moncorvo fils pratique l'examen du sang prélevé avec tous les soins aseptiques, d'un doigt de la mère de l'enfant et n'y trouve qu'une hyperleucocytose.

L'examen microscopique est fait le même jour du sérum retiré du 1/3 moyen de la jambe droite du petit malade ; il révèle la présence d'un certain nombre de streptocoques de Fehleisen isolés ou groupés en diplocoques ou en chaînettes (méth. de Ziehl).

Compression élastique, électrisation, 3e guérison.

Trois autres cas (1) publiés par M. Moncorvo ne prêtent pas aux mêmes considérations pathogéniques.

Cet auteur conclut, des deux observations qui précèdent, que « les poussées inflammatoires des canaux lymphatiques, causes de la malformation éléphantiasique et survenues au cours de la vie intra-utérine, relèvent fort vraisemblablement de la pénétration par la voie placentaire des streptocoques de Fehleisen introduits dans la circulation maternelle ».

Cette pénétration s'effectuerait (2) à la faveur d'un traumatisme de l'abdomen de la mère, qui lésant le placenta faciliterait le passage et l'invasion microbienne.

L'hypothèse est séduisante. Mais il n'est pas encore démontré que les streptocoques et leurs toxines, qui provoquent une septicémie lorsqu'ils pénètrent dans la circulation fœtale, soient également capables, apportés par la même route, de déterminer des lymphangites. On peut, il est vrai, supposer que ces agents infectieux suivent la voie conjonctivo-lymphatique du cordon ombilical (Lebedeff). Quoi qu'il en soit, de nouvelles recherches dans ce sens s'imposent.

Les autres faits publiés d'éléphantiasis congénital: Kueng (3) Coley (4), Lindfors (5), R. Sarra (6), Nonne (7), Jordan (8), Walsberg (9), Van Duyse (10), méritent tous d'être notés, puisque l'affection qui nous occupe est rare — ils font nombre. Mais les communications de Nonne et de Jordan, très étudiées, nous arrêteront seules.

Nonne décrit une forme particulière d'éléphantiasis congénital, qui ne ressemble en rien à l'éléphantiasis par œdème lymphatique chronique. Nous la rapprocherions très volontiers de ces œdèmes angio-neurotiques héréditaires dont il est question dans un autre chapitre de ce travail (V. page 57) ;

(1) *Teratologia* (London, V, II, April. 1895, n° 2, p. 78 et suivantes).

(2) *Annal. Dermatologie*, 1894, p. 186.

(3) Une observat. d'éléph. congénit. *Corresp. blatt. für Schweitzer Aertze*, n° 21, p. 667, 1889.

(4) *New-York med. Journ.*, p. 706, 1891.

(5) Eléph. cong. cystique. *Zeit. für. Geburts*, XXIII, 2, 1890.

(6) Un caso di elephantiasi cong. *La Pediatria*, n° 5, mai 1895, p. 155.

(7) 4 cas d'éléph. congénit. hérédit. *Archiv. für. anat. Path.*, XXV, I, 1891.

(8) *Beitrag. zur path. Anat. von Ziegler*, VIII, 1892.

(9) Eléph. cong. der Oberlides. *Klinik. Monatsb. f. Aug.*, t. XVII, p. 439.

(10) *Annal. d'Oculistique*, t. CI, p. 157.

l'éléphantiasis est ici une véritable maladie familiale. Voici l'histoire à peine résumée de cette curieuse affection :

Observation LXIX.

Heinrich Hansen, 34 ans, chauffeur-mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; la mère avait aux jambes une affection semblable qu'elle a conservée toute sa vie sans en être incommodée.

Antécédents personnels. — Né à terme ; *en naissant* les pieds et jambes ont un volume anormal. Jusqu'à l'époque actuelle la tuméfaction a toujours sensiblement et progressivement augmenté.

Rougeole dans l'enfance. Jamais trace d'inflammations (lymphangites, ou érysipèles). La santé est bonne. Les membres ne gênent que par leur poids. Le sujet peut exercer le fatigant métier de matelot. Il est syphilitique.

Homme grand, robuste ; exempt d'affection viscérale ; pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Pas d'artério-sclérose.

La tuméfaction des jambes, qui commence au-dessous des genoux, est cylindrique. La circonférence est de 4 centimètres à droite, de 38 centimètres à gauche.

Les pieds sont tuméfiés, bombés dorsalement ; un bourrelet limite l'enflure à la racine des orteils. Au-dessous des malléoles, et à 6 centimètres au-dessus, existent 2 étranglements, 2 sillons circulaires profonds. Cette disposition est symétrique :

La peau est adhérente aux plans profonds au point de ne pouvoir se plisser ; elle est lisse, de coloration normale.

Le doigt imprime dans la masse un godet d'œdème très persistant. Pas de lymphorrée, ni de varices, ni d'eczéma, ni d'intertrigo, ni d'abcès etc. Les muscles semblent fusionnés à la masse cutanée.

La veine saphène, sur tout son parcours, est épaisse, dilatée, indurée.

Observation LXX.

Mme Mandt, 30 ans, sœur du précédent, avait dès sa naissance les pieds et les jambes gros. Cuisinière. A toujours joui d'une parfaite santé. Pas d'albumine ni de glycosurie. Mêmes déformations que son frère avec sillons sus-malléolaires. Saphène indurée. Jamais d'inflammations locales.

Circonférence des membres. .	28 centimètres	à gauche.
—	25 —	à droite.

Cette femme a eu 4 enfants :

Le 1er avait les jambes énormes ; le Dr Otto Meyer (de Hambourg) diagnostique un éléphantiasis.

Le 2e naît anencéphale à 9 mois ; les mains, pieds et jambes sont énormes.

Le 3e vivant, à 6 ans, robuste et sain. La peau de la jambe droite

offre une difformité éléphantiasique, telle que les mensurations donnent :

Circonférence sus-malléolaire droite . . 22 centimètres.
— gauche. . 21 —

Pas de varices (ni veineuses, ni lymphatiques) ; l'affection existait en venant au monde.

Le 4e, un an, né à terme ; actuellement vivant et bien portant ; avait, dès la naissance, les jambes et les pieds anormalement volumineux et œdématiés.

Dans cette famille la mère avait les jambes éléphantiasiées ; or cette femme avait 5 frères, 8 sœurs, dont l'aîné était atteint de la même affection. La grand'mère, remarque Nonne, avait été vivement impressionnée par la vue d'une femme qui avait les jambes énormes.

Nonne, Esmarch et Kulenkampf (1), Waitz (2) accordent une importance réelle au retentissement sur la descendance de certaines perturbations psychiques ; et ces auteurs ne taxent point de puérile, la croyance populaire aux difformités bizarres que peuvent entraîner, chez le fœtus, certaines impressions trop vives éprouvées par la mère. « Cette question de l'hérédité de l'éléphantiasis, disent en 1885 Esmarch et Kulenkampf, doit être considérée comme irrésolue. La solution du problème est ardue. Il n'y a pas lieu d'invoquer une cause régionale, pour cette unique raison qu'on trouve quelques cas semblables groupés en un même point ». Depuis cette époque nous ne sommes guère plus avancés. Nombre d'auteurs ont publié des observations d'éléphantiasis chez des sujets appartenant à une même famille, mais au point de vue de la congénitalité, ils sont restés muets (Hœppner et Lebert; Letessier ; Quincke, etc.). De ses recherches, Nonne conclut « qu'il y a des cas d'éléphantiasis congénital, restant toute la vie stationnaires et dont la cause réside sans doute en une malformation de certaines parties du système circulatoire, malformation transmissible par l'hérédité, et se révélant déjà pendant la vie intra-utérine ».

Les recherches de Jordan, basées sur l'examen histologique des deux cas rapportés plus loin, et sur l'analyse des tra-

(1) *Loco citato.*
(2) *Archiv. Langenbeck*, Bd. 39. Hf. t. 1.

vaux de Recklinghausen (1), Lahman (2), Kriege (3) le conduisent à déclarer que la caractéristique de l'éléphantiasis congénital est dans la néoformation abondante, dans la prolifération active du tissu conjonctif appartenant aux éléments divers d'une région, peau et tissu cellulaire sous-cutané, vaisseaux et nerfs. Les néoformations conjonctives périnerveuses et périvasculaires, seraient primitives et donneraient 2 espèces d'éléphantiasis congénital. La 1re, due à la multiplicité en une même zone de néoplasies circonscrites, pouvant acquérir des dimensions colossales, en connexion intime avec les nerfs (filets cutanés, rameaux périphériques, plexus) ; c'est la variété confluente des neuro-fibromes de Recklinghausen. — La 2e est une néoplasie conjonctive qui débute autour des vaisseaux sanguins (artères, veines, et surtout capillaires) préexistants ou de formation nouvelle. Cette fibromatose « angiogène », suivant l'expression assez impropre de Jordan, ne tarde pas à diffuser dans le tissu cellulaire sous-cutané, altérant secondairement les nerfs. L'auteur pense que ces deux formes sont l'expression d'une même diathèse fibromateuse, qui aurait pour point de départ une lésion congénitale des vaisseaux capillaires, dont les parois sont manifestement épaissies. Aux deux observations de Jordan nous réunissons celles de Walsberg et de Van Duysse, pour lesquelles il a été pratiqué un examen histologique.

Observation LXXI. — Jordan, *Beitrag. zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII.

Barbara Voll.., 23 ans ; ouvrière. Dès sa première année sa jambe gauche était plus grosse que la droite ; depuis la fesse s'est également épaissie.

Augmentation lente et progressive ; depuis 4 ans au contraire rapide, et la malade ne peut marcher. — Femme bien bâtie, inintelligente.

Les contours de la jambe sont méconnaissables ; c'est une masse informe, à peau pigmentée, parsemée de formations lobulées ; le tout mobilisable sur l'os. Œdème de décubitus au niveau du tendon d'Achille où la circonférence est de 64 centimètres. Masse pendante au talon ; au

(1) *Fibromes multiples et neuromes de la peau*, 1882.

(2) Die multiple fibrome in ihrer Beziehung mit neuro-fibrome (*Virchow's Arch.*, Bd. CI).

(3) Id. (*Virchow's Archiv.*, Bd. 108).

trochanter gauche ; la fesse gauche pend aussi, molle ; fibromes molluscoïdes à la surface du corps (volume d'un pois à celui d'une noix). Amputation de cuisse. Deux mois après le moignon se tuméfie (la plaie d'amputation a mis un mois à guérir) formant 2 masses, de consistance molle, non lobulées ; la cuisse s'hypertrophie ; et l'épaississement de la peau et des plans sous-jacents remonte jusqu'à 15 centimètres au-dessus de la crête iliaque ; consistance molle, mais dure çà et là ; la tuméfaction envahit la région sacrée provoquant une profonde ensellure et une scoliose droite. — Sensibilités atténuées dans toute la zone éléphantiasique. Excisions partielles. Suppuration. Guérison.

Observation LXXII. — (*Idem*).

Emma Bassler, 17 ans. Famille saine. Dans la première année tuméfaction du talon, et depuis augmentation progressive et indolente ; envahissant peu à peu toute la jambe qui est aujourd'hui colossalement épaissie.

Depuis 5 semaines seulement, elle a cessé de marcher ; — femme petite et maigre. Facies stupide. La circonférence de jambe est de 75 centimètres au milieu, tandis qu'à gauche du côté sain, elle est de 22 centimètres. La tuméfaction s'arrête brusquement par un bourrelet au-dessous du genou. Plante du pied très épaissie, consistance molle, ferme par places. Peau pigmentée en jaune brun. Subluxation du genou, mécanique.

Sur la surface du corps, en d'autres points, plusieurs tuméfactions sous-cutanées molles, au dos et aux avant-bras en particulier.

Pas de troubles nerveux. Amputation. Guérison au bout de 5 semaines.

Examen histologique : il a été pratiqué dans ces 2 observations.

Observation LXXIII. — *Eléphantiasis congénital des paupières* (Walsberg).

Jeune fille, porte *depuis sa naissance* un éléphantiasis de la paupière supérieure. Cette masse s'est enflammée à plusieurs reprises, et chaque fois augmenta de volume. A 27 ans la tumeur, de consistance élastique, descend sur la bouche ; extirpation.

Examen histologique : tissu conjonctif jeune, extremêlé de fibres élastiques ; rares vaisseaux gorgés d'hématies, entourés de masses énormes de leucocytes.

Observation LXXIV. — Van Duyse, *Eléphantiasis congénital de la paupière.*

Marie Van G... 8 ans. Dès la naissance, tumeur au côté externe de la paupière supérieure droite. Augmente de volume sans phénomènes inflammatoires. Aujourd'hui couvre tout l'œil. Asymétrie faciale. Voûte palatine étroite. La tumeur adhère au périoste, extirpation.

Examen histologique : Epiderme normal ; derme et hypoderme hypertrophiés ; fibres connectives en grande quantité, serrées, épaisses, entrecroisées en tous sens, formant des mailles étroites ; çà et là des cellules adipeuses : dilatations des vaisseaux lymphatiques et des capillaires. Conjonctive fibromateuse et très vasculaire.

Il est permis de supposer que les lésions des petits vaisseaux, que Jordan signale, sont d'origine infectieuse (streptocoques ou autres microbes). Mais c'est là une hypothèse qui, comme celle de Moncorvo, attend une démonstration.

Écartant du cadre de l'éléphantiasis congénital les lipomatoses et les tumeurs télangiectasiques, nous comparons cette affection à l'éléphantiasis acquis.

Tantôt c'est une fibrose hypertrophique diffuse (Jordan), tantôt un œdème angioneurotique héréditaire et invétéré (Nonne), tantôt un œdème lymphatique chronique et dur (Moncorvo). Entre cette dernière variété et les lymphangiomes diffus, de même que chez l'adulte, existent toutes les transitions. Nous avons brièvement résumé ce qu'il est possible, en l'état actuel des choses, d'entrevoir de la pathogénie de ces faits.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 2

CHAPITRE Ier. — PATHOGÉNIE DE L'ÉLÉPHANTIASIS 7

§ 1. — Eléphantiasis et streptococcie de la peau 7

§ 2. — Œdèmes lymphatiques et éléphantiasis 21

CHAPITRE II. — PATHOGÉNIE DE QUELQUES ÉTATS ÉLÉPHANTIASIQUES. . 35

§ 1. — L'éléphantiasis et l'œdème veineux 35

§ 2. — L'éléphantiasis et les œdèmes névropathiques 38

CHAPITRE III. — L'ÉLÉPHANTIASIS CONGÉNITAL 61

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne).